Administration et Organisation d'un Programme Communautaire de Santé et de Population en Milieu Rural



PROJET INTEGRE DE SANTE
ET DE POPULATION DE PETIT -GOAVE (PISP)
DIVISION D'HYGIENE FAMILIALE
DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION – D.H.E.



1982

Administration et Organisation d'un Programme Communautaire de Santē et de Population en Milieu Rural



PROJET INTEGRE DE SANTE
ET DE POPULATION DE PETIT–GOAVE (PISP)
DIVISION D'HYGIENE FAMILIALE
DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION – D.H.E.



1982

ERRATA

LIRE S.V.P.

Page 24	Note en bas de page: ... bientôt peut être une grande valeur...
Page 46	après le 3ème paragraphe, sous-titre : B) Groupes de Travail
Page 104	Dans la note en bas de page: ... médecine communautaire....
Page 105	2ème paragraphe, 10ème ligne: ... se constate à tous les ....
Page 106	1ère ligne: ....d'établissements medico-sanitaire....
Page 108	Paragraphe 4, 2ème ligne: ..... l'accessibilité ....
Page 114	2ème lignes : LES (à supprimer)
Page 155	La ligne précédant le sous-titre 2) Vaccination (à enlever s.v.p.)
Page 160	Tableau 5 : «ET POUC» à effacer dans le titre
Page 162	Paragraphe 2, 2ème ligne: ... fastidieux....
Page 162	Paragraphe 3, 7ème ligne ... en même temps....
Page 201	Paragraphe 1: Lire...Le Formulaire au lieu de La formule

SOMMAIRE

Préface...... 5
Introduction...... 14

CHAPITRE I

Les Aspects Physiques et Socio-Economiques
Par Calixte Clérismé 24

CHAPITRE II

Etude Exploratoire de l'Organisation Politico–Administrative de quelques Sections Rurales du district sanitaire de Petit - Coâve.
Par Calixte Clérismé...... 76

CHAPITRE III

Stratégie du Projet et Méthodologie de l'Equipe Communautaire de Santé.
Par l'Equipe Technique du PISP......91

CHAPITRE IV

L'Accessibilité aux soins Médicaux
Par Michèle Dénizé...... 104

CHAPITRE V

Cout. Efficacités des Activités du Projet Intègré de Santé et de Population de Petit-Coâve
Par Warren Berggren et Cole......149

CHAPITRE VI

Enquête sur les causes d'Abstention à la première Tournée de Vaccination dans Grand-Coâve et ses environs.
Par Calixte Clérismé 175

CHAPITRE VII

Formation et Supervision du Personnel
Par Wooly Dieudonné................189

CHAPITRE VIII

Place des Conseils Communautaires dans le cadre du Projet Intégré de santé et de Population
Par Calixte Clérismé..... 207

Conclusion..239

PREFACE

Dans le monde entier on est à l'heure de l'extension de la Couverture Sanitaire. On en parle partout; c'est aujourd'hui le thème favori de toutes les réunions internationales sur la Santé Publique et l'on est arrivé à cet aphorisme lancé comme un défi aux gouvernements de tous les pays en voie de développement : «La Santé pour tous en l'an 2000». L'idée, en vérité, est fascinante. D'autant plus que la Santé a toujours été considérée comme un droit fondamental de tout être humain. La maladie aussi vieille que le monde s'est installée avec violence au sein de l'humanité. Honnie, combattue sur tous les points parfois avec acharnement, la rebelle, le plus souvent «se bouche les oreilles et nous laisse crier !»

La situation, au niveau des aires rurales et des por-

tions marginales des grands centres urbains est encore plus pénible. Là le manque d'éducation sanitaire allié au manque d'hygiène, les conditions tout à fait déplorables de l'environnement liées à la surpopulation et à la promiscuité tout en aggravant de jour en jour davantage la situation sanitaire de ces milieux, rendent encore plus difficiles et plus délicates les batailles à livrer pour les débarrasser de toutes les maladies qui y sévissent le plus souvent à l'état endémique.

En fait, jusqu'à cet an de grâce 1979, en ce 20ème siècle finissant, on estime encore à plus de 40 % les populations des aires rurales qui ne bénéficient pas encore d'une couverture sanitaire adéquate dans les pays en voie de développement. La vérité, c'est que pour réussir à étendre valablement la couverture sanitaire au niveau des aires rurales les plus démunies, il ne suffit pas tellement de disposer d'importantes ressources financières ou matérielles. C'est plutôt, c'est surtout une question de stratégie, une question d'organisation de ces ressources, organisation qui parfois est bien différente de celle jusqu'ici admise dans les divers programmes de santé.

Sous les auspices d'organisations internationales aussi respectées que l'Organisation Mondiale de la Santé ou sa filiale régionale pour les Amériques, le Bureau Sanitaire Panaméricain, beaucoup de réunions, de séminaires ont été tenus pour aboutir tous à cette conclusion ultime, qu'en dehors de certains principes d'ordre général de gestion et d'administration, il n'était pas indiqué, ni possible d'établir des formules magiques uniques, applicables dans tous les pays pour tous ces types de programmes.

Il appartenait aux gouvernements et aux peuples eux-mêmes de trouver la formule qui leur convient, eu égard aux us et coutumes des populations, aux conditions de vie prévalant au niveau de ces communautés et jusqu'aux méthodes traditionnelles en usage chez ces populations en vue de protéger ou de rétablir leur santé.

Par ailleurs il a été aussi clairement établi que la réussite de tout programme de Santé Publique au niveau de ces communautés rurales était fortement liée à la participation des membres de la dite communauté. Et on a eu soin d'ajouter que cette participation elle-même pourrait varier à l'infini avec les communautés, leur mode de vie, leur degré d'éducation, de motivation, les ressources dont elles disposent, etc.

Par bonheur, il se trouve qu'ici, en Haiti, nous avons compris et essayé d'appliquer ces principes fondamentaux bien avant leur formulation officielle au niveau des instances internationales. C'est ainsi qu'en 1975, après plus d'une année de discussions et de tractations avec certaines agences de financement, a été lancé dans le district sanitaire de Petit-Goâve, le projet dénommé Projet Intégré de Santé et de Population. Avec ses trente-mille habitants vivant dans des communautés exclusivement rurales, ce projet devait nous permettre d'acquérir toutes sortes d'expériences en vue de nos programmes futurs d'extension de la couverture sanitaire en milieu rural.

C'est qu'en pareille matière, si la décision politique est fondamentale, nécessaire, elle n'est toutefois pas une condition suffisante. Un programme de Médecine Communautaire et Rurale comporte en effet certaines composantes techniques, spécifiques qu'il s'agit de bien élu-

cider, de bien étudier, de bien préciser si nous voulons aboutir à son plein succès. Ce sont ces facteurs que nous avons essayé de mettre en relief au cours du Séminaire des Administrateurs de District à Jacmel du 13 au 16 mars 1978, qui a préludé au lancement de notre projet d'extension de la Couverture Sanitaire Rurale.

«Il est clair, avons-nous dit, que la réussite d'un tel programme nécessite l'adéquation du système administratif en vigueur. Tout d'abord, il importe d'avoir une administration absolument liée au processus et complètement intégrée à la politique préconisée. D'où la nécessité d'une formation spéciale à tous les niveaux de tous les corps administratifs intéressés au programme. C'est en étant bien imbus des principes de base de la politique d'extension de la couverture et bien pénétrés de tous les rouages appelés à faire fonctionner le système, que les administrateurs pourront à leur tour établir les règles et les normes administratives de support nécessaires. Il y aura certes parfois de véritables divorces avec certaines routines antérieures ou certains procédés jusqu'ici en honneur et les administrateurs doivent être bien préparés à faire face aux exigences du système nouveau. Les divers domaines intéressant l'administration, c'est-à-dire les ressources humaines, les ressources matérielles, le système d'approvisionnement, la bonne gestion des ressources financières proprement dites doivent être considérés et analysés avec un esprit tout à fait ouvert en vue d'y apporter avec intelligence, vigueur et énergie, toutes les modifications jugées nécessaires. On n'insistera jamais assez sur l'établissement d'yn système efficace d'information et de supervision et la nécessité de beaucoup de souplesse et de flexibilité, autant de facteurs importants pour maintenir une administration dynamique, apte à répon-

dre aux diverses exigences d'un système dont la capacité opérationnelle est appelée à s'accroître progressivement et en des périodes de temps relativement courtes. L'administration constituera donc, non pas seulement un simple support, mais une composante obligée du système dont celui-ci doit tirer en grande partie son efficience et son efficacité.

La régionalisation officiellement et légalement adoptée par le pays comme stratégie nationale pour arriver à la couverture sanitaire totale apparait répondre pleinement aux exigences du processus d'extension tel que expliqué antérieurement. Mais il ne devra s'agir nullement d'un système régionalisé, importé de l'extérieur, nous devons ensemble trouver notre propre système, un système qui tienne parfaitement compte de nos réalités socio-économiques, géographiques, démographiques et culturelles. Il existe chez nous des faits avec lesquels on ne peut pas transiger : notre configuration géographique naturelle, montagneuse, les difficultés de communication, le problème des routes, notre taux élevé d'analphabétisation, certaines croyances ou coutumes traditionnelles se rapportant à la maladie et à la santé. Tous ces facteurs doivent entrer en ligne de compte en vue d'une définition de notre propre système de régionalisation, aboutissant à une distribution géographique des établissements, des services et des niveaux de soins de santé de façon pratique, accessible à toute la population et facilitant le système de référence tout en tenant compte des bonnes règles administratives.

Le concept d'extension de la couverture sanitaire implique encore une autre notion d'une extrême im-

portance qu'on ne saurait passer sous silence, c'est la participation communautaire.

Pendant trop longtemps, nous avons laissé se développer au niveau du système institutionnel des services de santé des idées qui ne sont pas tout à fait en conformité avec le concept de participation communautaire. La tendance est plutôt de croire que le système institutionnel doit pouvoir se développer indépendamment de la communauté, que sa seule articulation avec cette dernière réside seulement au niveau de l'établissement de santé, par l'intermédiaire du patient qui y accourt en quête d'un service quelconque. En réalité la communauté a le droit et le devoir de participer au développement des institutions de santé, cette participation constitue même une condition de la pleine réussite des objectifs de cette institution au niveau d'une communauté donnée. S'agissant de la politique d'extension de la couverture sanitaire, une importance particulière devra être accordée à la participation communautaire. Une telle participation doit être consciente et éclairée; elle postule l'éducation, l'organisation et la motivation des éléments de la communauté à cette fin. Elle nécessite aussi une connaissance approfondie des systèmes traditionnels en honneur au niveau de ces communautés en vue de la solution de leurs problèmes de santé. Certaines communautés haïtiennes sont déjà organisées en conseils communautaires : elles représentent un champ tout à fait propice au développement du programme d'extension de la couverture sanitaire. Là où ces conseils n'existent pas, des efforts devraient être entrepris en vue de leur organisation et de leur établissement. La coopération intelligente des communautés sera recherchée par l'intermédiaire de

ces conseils communautaires ou des leaders qu'on y rencontre. De cette façon, ces communautés pourront intervenir valablement et suivant leurs possibilités dans toutes les activités de santé qui les intéressent, qu'il s'agisse de la planification des programmes à exécuter, de la sélection du personnel à utiliser pour ces programmes ou encore de participation directe dans l'exécution de certains ouvrages sanitaires à leur bénéfice propre.

Autant que faire se peut, une utilisation rationnelle du système traditionnel de santé déjà existant au niveau de ces communautés, toutes les fois que c'est possible, est appelée à appuyer très fortement le système institutionnel. Donc, il ne s'agit nullement de rejeter en bloc ce qui existe déjà en faveur de l'introduction de méthodes tout à fait nouvelles de protection ou de rétablissement de la santé. Une telle attitude réserve parfois de rencontrer une certaine apathie ou de l'indifférence quand ce n'est pas de l'opposition franche de la part de la population concernée. L'utilisation, au contraire, en les améliorant, en les perfectionnant et en les renforçant, de systèmes ou de méthodes déjà en usage ou même d'individus déjà reconnus et acceptés par la population rencontrera d'emblée son adhésion et sa coopération, ce, pour le plus grand bénéfice et le plus grand succès du programme. Il devra donc exister un mariage harmonieux entre le système à implanter et le système traditionnel déjà existant, une véritable fusion des deux. Cette participation de la communauté sera particulièrement importante et décisive au niveau des soins de santé primaires qui constitue le point de contact naturel entre le système institutionnel et le système traditionnel».

Ce sont ces divers aspects que nous avons essayé de préciser dans le Projet Integré de Petit-Goâve de 1975 à 1978. Nous ne prétendons pas que le dernier mot a été dit à leur sujet. Il s'en faut de beaucoup !... mais beaucoup d'expériences ont été accumulées et dans des domaines divers. Elles ont interessé notamment la localisation des institutions de santé, les agents de santé travaillant au niveau même des communautés et leurs rapports avec les institutions, l'approvisionnement des unités de santé et leur supervision, les systèmes d'interventions cliniques les plus appropriées pour offrir des biens et services à ces communautés, les rapports obligés entre le système institutionnel et les systèmes traditionnels, etc. Toutes les informations recueillies ont été analysées et consignées dans les pages qui vont suivre ! ...

Il nous faut rendre un hommage bien mérité à toute cette équipe de pionniers qui ont peiné, travaillé avec un dévouement inlassable pour nous permettre d'acquérir toute cette masse de données indispensables, aussi intéressantes les unes que les autres. Et maintenant, aux responsables du Département de la Santé Publique et de la Population d'agir avec intelligence et dicernement pour que les fruits de tant de labeurs et de sacrifices consentis n'aillent pas tout simplement pourrir dans les recoins des archives à jamais oubliées. Ce serait bien dommage !

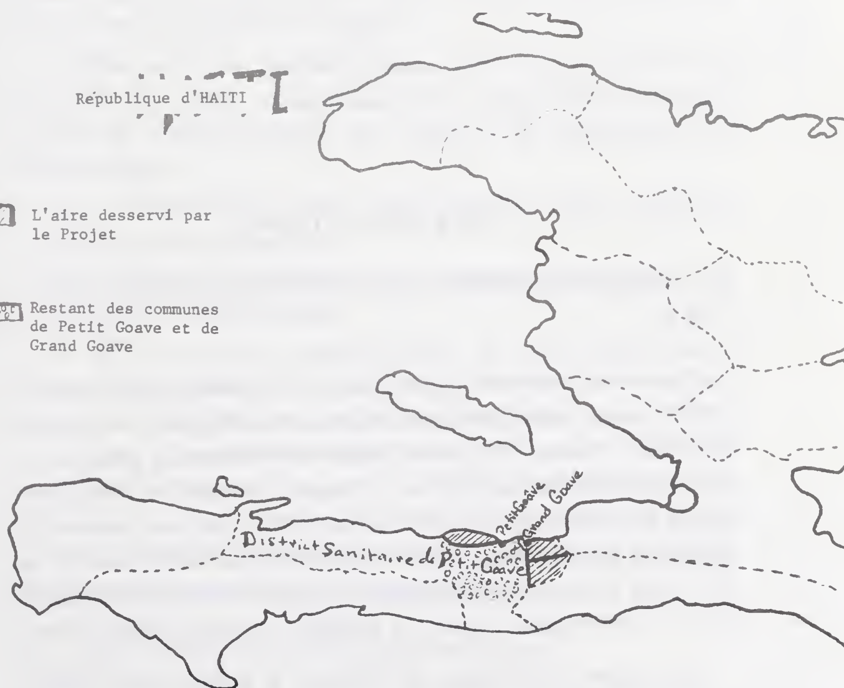
Dr Evariste MIDY, MD — MPH
Chef du Bureau de Planification
et d'Evaluation du DSPP
Ancien Coordonnateur National du Projet Integré
De Santé et de Population de Petit-Goâve.

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DIVISION D'HYGIENE FAMILIALE

PROJET INTEGRE DE SANTE ET DE POPULATION

PETIT-GOAVE



INTRODUCTION

I.– TOILE DE FOND A LA CONCEPTION DU SERVICE

Pour nos habitants qui vivent en milieu rural, l'accessibilité aux soins de santé est encore difficile. Le centre de santé est souvent très éloigné et le chemin qui y conduit quelquefois accidenté. De plus, ce centre fonctionne à des heures qui ne conviennent pas toujours aux familles paysannes. L'on comprend aisément pourquoi les gens prennent l'habitude d'y aller seulement quand il y a un malade dans la famille et cela tardivement.

En outre, si les gens en arrivent à penser que le manque de matériel, le manque de médicaments, ou simplement une prescription coûteuse, constituent pour eux une barrière vraiment infranchissable, alors ils se sentent

pratiquement privés de tout service médical curatif ou préventif.

Par contre, si un service de santé leur est offert régulièrement dans leur communauté même, et si tous les membres sont invités à y participer la porte d'accès commence alors à s'entr'ouvrir. Bien plus, si ce service est offert dans un climat de bon accueil et à des heures convenables, par exemple avant que les habitants partent au marché ou au jardin, et si les mères savent que le coût du service ne sera pas élevé et qu'elles n'auront pas à attendre toute la journée pour que leurs enfants soient servis, alors l'accès aux services de santé est pratiquement acquis.

Telles sont les considérations qui sont à la base du service de santé communautaire rurale instauré dans l'aire du Projet Intégré de Santé et de Population de Petit-Goâve.

La méthodologie que nous avons suivie jusqu'ici consiste essentiellement :

- à solliciter la participation communautaire dans la prestation des services;
- à aller vers les communautés en s'en rapprochant le plus possible (à une heure de marche au plus);
- à vacciner systématiquement une population définie contre les maladies infectieuses les plus courantes;
- à offrir conjointement à la vaccination d'autres services tels que : éducation sanitaire, premiers soins, surveillance de la santé des enfants de 0 à 4 ans, services prénataux, planning familial.

II.– PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Pour couvrir ce programme, nous avons conçu et mis sur pied une équipe dénommée «Equipe communautai-

re de Santé» dont le fonctionnement repose sur les principes suivants :

1) Accessibilité maximale

Malgré les moyens efficaces dont dispose la médecine moderne pour la protection et l'amélioration de la santé, les habitants vivant en milieu rural n'y ont pas facilement accès. Les dispensaires et les centres de santé, outre le fait qu'ils sont peu nombreux, sont presque toujours établis dans les villes et les bourgs importants, le long des grands axes routiers, donc forcément loin de certaines agglomérations rurales. A ce premier obstacle s'ajoutent le mauvais état des routes de pénétration, l'ignorance des populations rurales, le manque de ressources ou leur mauvaise utilisation. Face à cet état de choses, il peut être intéressant que des équipes de surveillance se déplacent (soit à pied, soit à dos d'animal) vers les communautés pour leur apporter les soins et les conseils nécessaires.

2) La communauté doit participer à l'organisation et à l'exécution des services de santé

Avant de monter une équipe technique mobile qui va opérer régulièrement dans les communautés, des contacts préalables doivent être établis avec les autorités, les leaders et les conseils communautaires qui eux-mêmes désigneront quelques-uns de leurs membres capables de travailler avec l'équipe moyennant une formation adéquate.

3) La priorité est accordée aux maladies les plus fréquentes et à celles causant plus souvent la mort.

Soulignons que les observations des cas de mortalité et de morbidité chez les enfants des régions rurales haitiennes montrent l'importance de la malnutrition, de la gastro-entérite, du tétanos, de la tuberculose, des maladies de la peau (impétigo, gale) et des vers intestinaux.

4) La préférence est accordée aux méthodes qui peuvent être employées par un personnel recruté et formé sur place.

Par exemple, la malnutrition, maladie la plus fréquente chez les enfants des régions rurales haitiennes, peut-être combattue avec un minimum de personnel technique. Des membres de certaines communautés peuvent être formés pour contrôler l'âge, le poids et la taille des enfants, et avec l'aide d'un graphique de poids, on peut aussi leur enseigner à reconnaître un cas de malnutrition avant même qu'il n'y ait œdème ou marasme. Ils peuvent aussi participer à la récupération nutritionnelle des enfants et à l'éducation des mères.

5) La supervision des services doit être réalisée sur place par des techniciens ayant une formation adéquate en santé communautaire

Ces techniciens sont généralement membres du personnel technique du centre de santé le plus proche. Ils doivent être orientés vers la prévention des maladies. Ils doivent aussi posséder la formation nécessaire pour pouvoir établir un diagnostic des pathologies prédominantes affectant une communauté tout entière.

6) Les services de santé communautaire qui doivent être dispensés par des équipes de techniciens nécessitent une organisation et un système de rendez-

vous garantissant l'assistance quasi-totale de la population.

Avant de penser à dispenser tout service, les techniciens doivent avoir une connaissance approfondie des populations à desservir, notamment sur leur distribution sur le terrain, les routes d'accès, les habitudes de migration, les jours de marché, les périodes de concentration religieuse, etc. Un système de rendez-vous à domicile et individuel doit être établi, afin de visiter tous les membres de la communauté, de les éduquer et de les motiver au besoin.

7) La carte de vaccination, les graphiques de poids doivent être soigneusement conservés par la famille.

Il existe un fort courant migratoire dans les régions rurales d'Haiti; environ 10 à 25 % des personnes émigrent chaque année, la plupart du temps vers les villes. Munies de leurs cartes (carte nationale de vaccination), elles peuvent aisément prouver qu'elles ont reçu une immunisation. Parmi les familles stables, on a constaté, lors des visites domiciliaires, que certains membres fréquentent plusieurs cliniques; la présentation de la carte de vaccination ou de tout autre document délivré par les cliniques permet facilement de reconnaitre les différents traitements ou immunisations reçus.

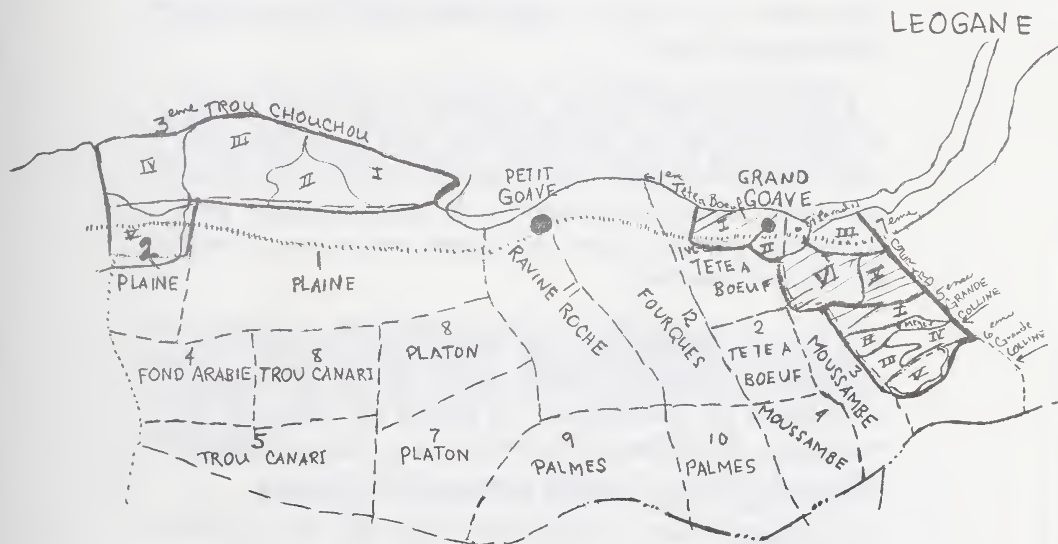
Après ce bref exposé sur les principes basiques de fonctionnement, nous présentons le cadre physique et humain du projet.

III. – CADRE PHYSIQUE

Le Projet Intégré de Santé et de Population du district sanitaire de Petit-Goâve dessert trois zones ayant

en moyenne un superficie de 50 km2 et une population de 11.000 habitants chacune.

Les cartes des figures 1 et 2 servent à situer ces trois aires de travail d'abord sur la carte d'Haiti et ensuite sur celle des sections rurales des communes de Petit-Goâve et de Grand-Goâve. Les trois aires sont les suivantes :



1) l'aire de Trou Chouchou, qui comprend la 3ème section rurale Trou Chouchou et une partie de la section rurale 2ème Plaine,
2) l'aire de Grand-Goâve, qui comprend la ville de Grand-Goâve, ses environs et la section rurale 7ème Gérard;
3) l'aire de Meilleur, qui comprend la section rurale 5ème Grande Colline et une partie de 6ème Grande Colline.

GEOGRAPHIE

Ces trois aires sont assez différentes l'une de l'autre sur le plan géographique. Trou Chouchou est étalée sur la côte, face à l'île de la Gonâve; l'altitude oscille entre 0 et 600 mètres pour une moyenne d'environ 250 mètres. Le relief est assez mouvementé et le climat relativement chaud.

L'aire de Grand-Goâve se situe à peine au-dessus du niveau de la mer vers le nord, mais les terres s'élèvent progressivement vers le sud et l'ouest. Ces élévations sont hachées de ravines et de vallées les unes plus profondes que les autres. Le climat est un peu chaud qu'à Trou Chouchou.

L'aire de Meilleur est une région riche en ressources naturelles. L'altitude ondule entre 300 et 800 mètres et le cadre est enchanteur. La région est parsemée de montagnes, de collines et de ravins; et le climat rappelle celui de La Boule : tempéré presque toute l'année.

CULTURE

La végétation dans l'aire de Trou Chouchou est en

général celle d'une région semi-désertique couverte en grande partie de bayahonde Les cultures principales sont le millet, le maïs, et quelques plantes alimentaires; les fruits sont rares. A 2ème Plaine, on trouve en plus beaucoup de manguiers et les cultures de manioc et de canne à sucre. La topographie de cette région la rend relativement fertile par rapport à l'ensemble de Trou Chouchou.

Les environs de la ville de Grand-Goâve comprennent en partie des terres irrigables et en partie des mornes aux sols très rocailleux. A 7ème Gérard aussi, une grande partie des terres est constituée de montagnes semi-arides. Cette région est considérée comme celle du Projet «où l'assistance en technique agricole est la plus urgente». Les cultures vivrières y sont à peu près les mêmes qu'à Trou Chouchou.

Les terres dans la région de Meilleur sont relativement fertiles, mais le déboisement s'accentue depuis les cyclones Hazel (1954), Flora (1963) et Inez (1966).

Les cultures principales sont le maïs, le pois, le millet et les plantes vivrières. En moyenne, les habitants arrivent à faire trois récoltes de pois et deux de maïs par année.

La principale source de revenu est l'agriculture; l'élevage est très peu développé et mal organisé. La pêche est assez importante à Trou Chouchou mais contribue peu à la consommation locale.

ISOLEMENT ET DIFFICULTE D'ACCES

Les aires desservies par le Projet Intégré souffrent de l'isolement qui est assez typique du milieu rural et qui tient à deux facteurs : la dispersion de la population et la nature très accidentée du relief. Seule une infime partie de la population est atteinte par la route nationale du sud. Pour la majorité, les voies de pénétration sont non seulement difficiles – c'est à dire praticables uniquement pour les jeeps et avec un chauffeur expérimenté – mais insuffisantes. Une proportion importante de notre population ne peut être atteinte qu'après deux à douze heures de marche. Certaines des localités de Trou Chouchou sont accessibles uniquement par bateau.

IV . – CADRE HUMAIN

POPULATION

Chacune des aires de travail compte une population d'environ 10 000 personnes pour une population totale de 32 000. La distribution des âges indique une population très jeune. Cette importante représentation des groupes d'âge de moins de vingt ans et le faible pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans réflète la situation générale pour l'ensemble du pays.

EDUCATION

Les estimations qui suivent ont été tirées du recensement de mars 1975. C'est Trou Chouchou qui accuse le plus haut pourcentage d'illettrés, 81 % . Cette affir-

mation repose sur le fait qu'il n'existe que deux écoles primaires dans la région et qu'il a été difficile de trouver une vingtaine de personnes capables d'effectuer l'énumération de la population au début du Projet. A Meilleur, le pourcentage d'analphabètes atteint 80% malgré la présence de petites écoles presbytérales et de quatre grandes écoles primaires d'environ 300 élèves chacune. A Grand-Goâve le taux d'analphabètes est de 75 % à cause du bourg de Grand-Goâve où la fréquentation scolaire est plus forte, comparée à l'ensemble.

MIGRATION

D'après les statistiques enregistrées par le Projet, les habitants se révèlent très mobiles. Il s'agit d'un simple transfert d'une localité à une autre dans les aires desservies par le Projet. Mais beaucoup de gens de Trou Chouchou passent une grande partie de l'année à l'île de la Gonâve. Et les gens de Grand-Goâve et de Meilleur se déplacent beaucoup vers Port-au-Prince et d'autres villes pour des raisons économiques : commerce ou occasion de trouver du travail, et aussi pour l'éducation des enfants.

CHAPITRE I

LES ASPECTS PHYSIQUES ET SOCIO–ECONOMIQUES

A. – EXPLORATION GEOGRAPHIQUE DE TROU CHOUCHOU*

Calixte Clérismé

Les 6 et 7 mai 1975 les docteurs Warren Berggren et Eddy Cénécé et moi-même avons exploré presque toute la section rurale de Trou Chouchou en vue de localiser des stations de ralliement pour la fourniture périodique des soins de santé et de définir respectivement les zones et secteurs à assigner aux agents et collaborateurs communautaires.

«Rapport rédigé par Calixte Clérismé en octobre 1975. Mais depuis lors de grandes améliorations ont été opérée à travers Trouchouchou, au point que ce rapport aura bientôt peut être une ınde valeur historique.»

Dès 7hres 30 nous nous sommes engagés dans les chemins de Dlo Piti à Vialet pour nous rendre d'abord à Picorée. Trois maréchaux étaient venus à notre rencontre avec des chevaux; le chef de section nous attendait à Picorée. Là nous avons décidé de placer une station chez un maréchal de la section Fréderic Jordanis. La maison située sur une petite élévation non loin de la source de Picorée est assez aérée et située dans un cadre relativement sain. La cour n'est pas grande, mais plus de 300 personnes peuvent se tenir aux alentours de la maison; au besoin, une partie des gens peuvent stationner dans une vaste cour voisine.

Le maréchal promet de mettre une pièce de sa maison à notre disposition pour les consultations et de nous procurer des sièges et des tables pendant le passage de l'équipe mobile.

En localisant les stations de ralliement nous tenons compte de l'accessibilité pour la population à desservir et aussi des conditions géographiques et hygiéniques de l'endroit.

Les stations sont divisées en sous-stations dans l'ordre de parcours suivant : cartes – éducation – mesure – pesée – vaccination – consultation – contrôle, le cheminement ayant été établi de manière à éviter l'encombrement et les croisements des clients.

Après avoir pris contact avec quelques habitants de Picorée et déterminé les sous-stations, nous nous sommes dirigés vers Savary en traversant Savane Jonc, Jacot, Mézeline, Mathieu I.

C'est chez Ovide Bélima que nous avions établi la

station de Savary, mais en raison de la mort récente de Bélima, elle sera sans doute transférée chez Louis Cribb qui habite tout près.

Vers 13h.30 nous avons laissé Savary pour Périnette. Là nous avons jugé bon de placer une station chez les parents de Christianne Sanon. A 17h. nous nous sommes rendus à Cadet où nous avons établi une station aux environs de la chapelle catholique. Puis nous avons été passé la nuit chez le chef de section à Oranger. Le Dr. Berggren avait repris le chemin de Petit-Goâve vers 2h. de l'après-midi.

Le soir, nous avons interviewé le chef de section sur certains aspects de la vie de Trou Chouchou. Les informations recueillies apparaitront plus loin.

Le lendemain dès 7h.30, accompagnés du chef de section et de deux maréchaux, nous avons poursuivi la randonnée en direction de Cocoyer où nous avons placé une station à un demi-kilomètre environ du littoral. Après nous être rafraichis dans la mer pittoresque de Cocoyer nous avons pris le chemin de Nan Plaine en nous engageant dans les sentiers étroits de Mme Etienne et de la Ferme. Cette dernière localité est très difficile d'accès en raison de sa situation et de l'état des sentiers qui y mènent. Nan Plaine au contraire est un plateau assez verdoyant présentant l'aspect d'un village; les maisons se trouvent disposées assez près les unes des autres, comparativement à l'habitat généralement dispersé qui caractérise la section. La population y paraît très réceptive.

Après avoir pris contact avec certains leaders et établi une station de ralliement aux environs de l'église

Baptiste, nous avons laissé Nan Plaine pour aller vers Guimeney, situé à 15 minutes de marche environ. Nous y avons étudié les possibilités de l'établissement d'une station chez Juléma Michelin, un de nos collaborateurs. Mais arrivés à Delatte, nous avons trouvé que cette dernière localité est plus centrale pour réunir les habitants de cette zone. Nous avons donc décidé de placer une station de ralliement à Delatte.

I. CADRE PHYSIQUE DE TROU CHOUCHOU

I. Topographie

Tout au cours de notre exploration sur le terrain nous avons travaillé à la rectification de la carte du SNEM et de celle de la Géodésie que nous avions emportées avec nous.

Trou Chouchou peut être comparée à une grande barque renversée sur la mer. Elle constitue la 3ème section rurale de Petit-Goâve; elle est limitée à l'Est par la baie de Petit-Goâve, à l'Ouest par Miragoâne, au Nord par le canal de la Gonave et au Sud par les sections rurales Première et Deuxième Plaine de Petit-Goâve. Cette barque est bosselée de mornes et hachée de ravines les unes plus profondes que les autres. Le relief est donc mouvementé. Plusieurs localités sont situées à une centaine de mètres au dessus du niveau de la mer, plus d'une dizaine de mornes atteignant de 200 à 300 mètres d'altitude. Les sommets les plus élevés varient entre 500 et 600 mètres, Branda culminant 620 mètres. Les surfaces planes sont rares. Nous n'avons pu répérer aucune étendue plane de plus de 10 hectares, à l'exception du plateau de Nan Plaine où l'on trouve une cuvette de plus de 15 hectares.

2. Végétation

La végétation est assez pauvre à Trou Chouchou, les principales cultures sont le manioc, le millet, le maïs, d'autres cultures alimentaires et certains fruits. Le déboisement fait rage à travers la section. Les arbres fruitiers sont plutôt rares. Les manguiers, (mangots) peu nombreux, sont généralement de qualité inférieure; il y a surtout des mangots musca, des mangots files, des mangots ronds; les mangots francisques et cornes, qui sont de meilleure qualité, poussent surtout dans les ravins. Delatte et Barrière Battant sont bien pourvues de ces dernières sortes de mangue. On trouve le latanier et la pite dans plusieurs coins de la section. La présence de plantes xérophiles et de rochers dans beaucoup de localités montre bien que Trou Chouchou est dans l'ensemble une zone semi-aride ravagée en plus par l'érosion.

Signalons toutefois l'existence de caféières dans les hauteurs et dans certains ravins.

3. Voies de communication

Les localités sont généralement reliées entre elles par des sentiers traditionnels. Cependant, une route corrossable tracée depuis plus d'une dizaine d'années sous la direction du pasteur Marco Dépestre de l'Eglise méthodiste, conduit de Fond Douze à Guimeney en passant par Barrière Battant, Savane Macaque, Delatte; c'est un tronçon d'une dizaine de kilomètres. Une autre route entreprise par le conseil communautaire de Trou Chouchou depuis plus de six mois est en construction. Les membres du conseil y travaillent en principe chaque vendredi avec les outils traditionnels dont ils dis-

posent. Malgré le dynamisme de ce conseil les travaux avancent lentement. Cette route devrait déboucher d'abord sur la chapelle de Trou Chouchou à Cadet et se poursuivre ensuite jusqu'au littoral de Cocoyer si possible, d'après les plans du conseil. A notre passage à Nan Plaine, nous avons appris que les habitants de cette localité se proposent de tracer une route qui communiquerait avec celle de Guimeney située à quelque quatre kilomètres.

La réalisation de ce tracé présenterait beaucoup d'avantages pour Nan Plaine, qui possède un grand potentiel de développement. C'est ainsi que ce village semble pouvoir se prêter à la formation d'une coopérative agricole qui mettrait en valeur des terres apparemment très fertiles.

De Petit-Goâve, on peut avoir accès à Trou Chouchou par voie maritime ou terrestre. Dans ce dernier cas, pour se rendre à la chapelle de Trou Chouchou situé à Cadet, on laisse sa voiture à Savane Macaque, et on effectue un parcours de 45 minutes à cheval.

II.– HYGIENE ET CONDITIONS DE VIE

Un des problèmes majeurs de Trou Chouchou est sans nul doute la rareté de l'eau. Les rivières y sont pratiquement inexistantes. Heureusement qu'il existe de très belles plages tout le long du littoral; mais certaines localités sont très éloignées du bord de la mer. La pénurie d'eau de source et la mauvaise qualité de ce précieux liquide est une réalité dramatique. A Picorée et à Savary, il y a une source d'eau à peu près potable. Par

contre, la source de Périnette est effroyable par son manque d'hygiène. On peut en juger par la description suivante. Au bas d'une caféière située au flanc d'un morne, suintent des racines d'un gros arbre quelques filets d'eau que les gens recueillent jalousement en enfonçant dans la boue quelques feuilles de manguiers et d'autres du même type; des gouttes d'eau sont ainsi drainées vers les récipients en glissant finalement sur une petite planche toute sale. L'eau qui s'échappe des récipients va former un peu plus bas une mare apparemment très malsaine. On imagine le cortège de maladies que cette eau peut engendrer dans la région. Quand on sait que cette petite source dessert les habitants de Périnette, Soula, Mathieu I, Mathieu II, Polite, Noël, Mézéline, soit une population de plus de 1500 personnes on ne peut que souhaiter une amélioration rapide de la situation. Le captage de cette source s'avère de toute urgence. De plus, il faut reboiser la partie sud-ouest de l'endroit afin d'augmenter le débit de la source.

La source de Cadet est dans un état presque aussi lamentable; elle a été captée il y a quelques années, mais le bassin en ciment a été défoncé, et cette eau passe par les limons et dans la saleté avant d'être recueillie par les gens. La restauration de ce captage ne coûtera pas beaucoup d'argent. C'est un service à rendre le plus vite possible à la population de Cadet et des environs. On évitera ainsi un certain nombre de cas de diarrhée, de dysenterie, de typhoïde, etc. D'après les renseignements obtenus au cours de notre tournée, les habitants de certaines localités parcourent plusieurs kilomètres pour aller puiser l'eau de source. A Guimeney, l'église méthodiste a aménagé une grande

citerne qui recueille l'eau de pluie par des gouttières aménagées le long des toits de l'église. Cette eau pré cieusement conservée est d'une grande utilité. Mais on trouve peu de citernes à Trou Chouchou : d'ailleurs, la plupart des maisons sont en chaume, ce qui rend difficile l'utilisation des gouttières.

Enfin, comme dans beaucoup de nos campagnes, les latrines sont rares à Trou Chouchou.

III.– METHODES ET MODES DE TRAVAIL

Grâce aux interviews que nous a accordées le chef de section et aussi grâce à nos observations sur le terrain, nous pouvons dégager quelques aspects de la vie à Trou Chouchou. Les méthodes culturales sont très archaiques à travers la section. Les instruments utilisés pour le travail de la terre sont les outils traditionnels de nos campagnes : serpette, houe, machette, pic, etc. Il n'existe dans la section aucun agent agricole ou agronome qui apprenne aux paysans à améliorer les méthodes culturales traditionnelles. Cependant, l'idée des pépinières et des méthodes de conservation des sols en général commence à s'introduire dans la région.

Les groupements de travail collectif traditionnels les plus pratiques dans la région sont : l'escouade, la coumbite, le méra, le notable.

– L'escouade est une association quasi permanente groupant de 10 à 20 personnes. Ce groupe fonctionne ordinairement du lundi au jeudi; il travaille généralement de 10 heures à 14 heures. C'est essentiellement une association d'entr'aide : les membres bénéficient tour à tour d'une journée de travail. Certains habitants

peuvent acheter le service du groupement. Dans ce cas, chaque membre touche deux gourdes pour sa journée de travail; cependant les femmes ne reçoivent qu'une Gde 25.

De plus, on donne un peu de nourriture et de tafia aux travailleurs. Quand l'escouade travaille dans les jardins d'un de ses membres, ce dernier est tenu lui aussi de fournir de la nourriture et du tafia à ses camarades.

– La Coumbite est un groupement sporadique formé de voisins, de parents ou d'amis qui sont invités par un habitant pour l'exécution d'un travail. Le nombre d'invités est le plus souvent proportionnel à l'importance de la besogne à abattre. Un repas copieux est généralement servi vers 14h. à ces travailleurs bénévoles. Et quand il s'agit de récolte, ils en emportent avec eux une petite portion : café, pois, millet, etc.

L'escouade tend à l'emporter sur la coumbite. Il faut dire que les dépenses faites pour une coumbite sont parfois égales ou même supérieures à celles exigées pour l'escouade.

– Le Méra a lieu de 7 à 10 heures du matin, avant la réunion de l'escouade et de la coumbite; souvent les mêmes personnes qui participent au méra vont travailler ensuite dans l'escouade ou la coumbite.

– Le Notable est un groupement qui travaille dans l'après-midi, ordinairement de 4heures à 6heures ou au coucher du soleil.

L'escouade qui ne fait pas de méra, ni de notable travaille parfois de 8 heures à 3 heures de l'après-midi.

L'habitant qui loue le service d'un groupement paie tout de suite après l'exécution du travail, et les bénéficiaires se partagent leur salaire sur le champ. Cependant certains groupements mettent en caisse une partie de leur argent et achètent parfois des animaux: cabris, bœufs, cochons qu'ils mangent entre eux.

IV.– QUELQUES ASPECTS DE LA VIE SOCIALE ET CULTURELLE

– Loisirs

Certaines escouades de Trou Chouchou s'organisent aussi en «bande de mardi-gras ou de rara», comme cela se fait ailleurs dans le pays. Il y a trois bandes de mardi-gras dans la section qui se constituent en rara pendant la Semaine Sainte. Les chefs de bandes sont : Manès Dorcé à Cadet, Civil Bontemps à Périnette, Syrien Sanon à Soula.

Il y a une seule gaguère pour Trou Chouchou à Barrière Battant, et on y trouve trois banques de borlette : Ovide Bélima (récemment décédé, à Savary; Tervil Jean, à Mézéline; Lessonne, à Bajon.

Il y a en moyenne, pour une quarantaine de localités, 4 appareils de radio par localité, d'après le chef de section. Ceci reste à vérifier.

Rappelons que les renseignements ci-dessus viennent

en grande partie d'une interview que le chef de section nous a accordée lors de notre passage à Trou Chouchou.

– Croyances et religions

A partir de nos observations et des informations recueillies, nous pouvons affirmer que le vodou et aussi la superstition sont très puissants à travers Trou Chouchou. Beaucoup de familles organisent périodiquement des offrandes vodouesques envers les loas ou leurs parents défunts. Il y a plusieurs hougans dans la région, mais la majorité des habitants sont officiellement catholiques (tout en étant vodouisants).

Il y a au moins deux chapelles catholiques à Trou Chouchou, dont une à Oranger, une autre à Nan Plaine, et près de cinq églises protestantes : baptistes et méthodistes.

Education

Il n'y a à notre connaissance que trois écoles à Trou Chouchou : une école presbytérale à Cadet, à la chapelle catholique, une école primaire à l'église méthodiste de Guimeney; enfin une petite école privée à Cadet.

Jusqu'ici, il n'y a pas de centre d'alphabétisation dans la section; mais comme trois moniteurs de l'ONAAC viennent d'être nommés pour la région, il y en aura peut-être bientôt. Le taux d'analphabétisation est donc très élevé à Trou Chouchou, (on peut l'estimer à 81%).

Le chef de section soutient que les gens de Trou Chouchou font le choix de leur conjoint sur le territoire de la section, de préférence dans leur localité, et qu'il existe des liens de parenté entre la plupart des couples. Il se développerait ainsi un système endogamique qui, sur le plan génétique, peut avoir des conséquences néfastes sur la progéniture. Des cas d'infirmité de toutes sortes peuvent en résulter.

Peu de personnes viennent d'une autre région pour habiter à Trou Chouchou. Beaucoup d'habitants de Trou Chouchou émigrent, surtout vers la Gonâve, Miragoâne, Petit-Goâve, Port-au-Prince, etc. Selon le chef de section, la plupart de ceux qui vont dans l'île de la Gonâve épousent là-bas des ressortissants de Trou Chouchou.

Beaucoup de familles de Trou Chouchou vivent dans le plaçage. Cependant, l'Eglise catholique livre une campagne de plus en plus acharnée contre l'union libre; le prêtre accepte difficilement de baptiser les enfants naturels. En principe, les conjoints sont obligés de se marier afin de faire baptiser un deuxième enfant né du plaçage.

Ce règlement de l'Eglise peut restreindre le nombre de naissances dans la région.

– Besoins ressentis par la population

En réponse à la question «quels sont d'après vous les besoins urgents de la population de Trou Chouchou ?», le chef de section a énuméré les points suivants :

1– école;
2– dispensaire;
3– réparation de la fontaine de Cadet et captage d'autres sources;
4– aide pour construction de routes;
5– assistance technique d'un agronome;
6– semences pour reboisement.

CONCLUSION

Trou Chouchou est une zone semi-aride; la population est relativement pauvre; certains besoins incompressibles restent à satisfaire; comme beaucoup de nos zones rurales, la région se caractérise par la carence des services sociaux, sanitaires, économiques, éducatifs, etc.

La réalisation de notre programme devrait donc être bénéfique pour cette zone assez démunie. Le programme de nutrition ajouté à la campagne de vaccination fera un bien immense dans toute la région.

La population fait montre déjà d'un esprit coopératif remarquable face à notre programme. Par exemple, chaque fois que des membres de notre personnel se rendent à Trou Chouchou, des maréchaux délégués par le chef de section viennent à leur rencontre avec des chevaux. Et on peut lire dans l'expression de ces guides l'intérêt qu'ils manifestent pour le Projet. Ainsi, lors

de notre première tournée, que nous relatons ici, le chef de section et deux de ces guides nous ont accompagnés tout au long de notre randonnée entre Picorée et Savanne Macaque.

Nous croyons que toute la population de Trou Chouchou applaudit à ce programme de santé et de population en qui elle voit comme un bienfait envoyé par Dieu.

B.– RAPPORT D'EXPLORATION DE 5ème ET 6ème GRANDE COLLINE. *

Dans notre exploration de la 5ème et d'une partie de la 6ème Grande Colline au début du mois de juillet 1975 en vue de localiser les stations de ralliement pour les opérations de l'équipe mobile et de fixer les zones et secteurs à assigner respectivement aux agents et collaborateurs communautaires, nous avons porté notre attention sur le profil socio-économique de la région. Car le Projet intégré de santé et de population vise à dégager, dans leurs grandes lignes, les ressources naturelles et humaines des communautés à desservir, afin d'inciter les intéressés à participer à l'amélioration sanitaire et socio-économique de leur région en utilisant les ressources disponibles.

* *Rapport rédigé par Calixte Clérismé en octobre 1975. Il y a eu beaucoup de transformation à 5 et 6 grande colline depuis lors.*

Nous avons continué nos observations sur le terrain à la faveur des visites répétées que nous avons effectuées dans la région, de juillet à octobre 1975.

A part un petit rapport d'une douzaine de pages présentées en Avril 1975 par l'agronome Joseph Pierre, nous n'avions pour nous guider aucune étude socio-économique réalisée sur la région; néanmoins, nous espérons que les informations que nous avons pu recueillir grâce à nos observations et interviews serviront à orienter efficacement l'action du PISP.

I.– CADRE PHYSIQUE

1. Topographie

Section rurale de Grand-Goâve, la 5ème Grande Colline est limitée à l'est par le quartier de Trouin de la commune de Léogâne, au nord, à l'ouest et au sud respectivement par 7ème Gérard, 3ème Moussambé, 6ème Colline (sections rurales de Grand-Goâve).

Certaines localités de 6ème Grande Colline proches de la 5ème telles : Fond Marseille, Claverie, Ti Source, Gérard, etc., ont été annexées à 5ème Grande Colline afin d'obtenir une population totale d'au moins dix mille personnes dans chacune des aires du Projet Intégré de Santé et de Population. La 6ème Grande Colline, qui prolonge la 5ème vers le sud, est limitée à l'est et au sud par la vallée de Jacmel, à l'ouest par Bainet.

Située entre les deux massifs de la partie méridionale du pays, le massif de la Hotte et celui de la Selle, cette région est parsemée de montagnes, de collines,

de vallées et de ravins. L'altitude y varie de 400 à 1000 mètres environ.

2. Climat

Les 5ème et 6ème Grandes Collines jouissent d'un climat tempéré presque toute l'année; la température rappelle celle de La Boule; la moyenne de décembre à février doit être inférieure à 20o C. L'air est plutôt humide; la région est souvent ravagée par des cyclones et des tempêtes.

Il n'existe pas de stations métérologiques dans la région nous permettant de dresser une courbe plus ou moins précise de la pluviosité annuelle. Mais les périodes pluvieuses sont généralement avril – mai et septembre – octobre.

3 Sol

Une bonne partie des sols de 5ème Grande Colline sont des terres rouges très répandues en Haiti. On trouve aussi beaucoup de roches argilo-calcaires dans les mornes et le voisinage des ravins. Ces roches ne sont guère utilisées pour la construction étant donné que la majorité des maisons ont leurs murs en planches. Certains rochers apparaissent surtout au flanc des pentes abruptes.

La région est relativement riche en eaux, étant sillonnée ça et là de sources et de ruisseaux qui servent à l'arrosage des terres. Mais ces eaux seraient beaucoup mieux utilisées s'il y avait dans la région un encadrement technique dans le domaine agricole.

4. Culture et végétation

Aux simples visiteurs comme aux observateurs avertis, la région de 5ème et 6ème Grande Colline apparaît particulièrement intéressante par la beauté de ses paysages. Par exemple, en arrivant à Meilleur au mois d'août on est frappé par la splendeur de la végétation qui s'étale devant soi; des nappes de verdure tissées par les jardins de pois, de maïs, de millet, de légumes, etc. tapissent les collines étagées en amphithéâtre vers le sud et jusqu'aux extrémités de 5ème Grande Colline.

Mais on est frappé en même temps par le déboisement de la région. Les touffes d'arbres qui couvrent les ravins et entourent les maisons apparaissent comme des oasis qui font regretter de ne pas voir les collines également recouvertes d'arbres.

Autrefois, presque toute la région était plantée de caféiers et très boisée. Mais à la suite des cyclones (Hazel en 1954, Flora en 1963 et Inès en 1966, etc.), les caféiers ont beaucoup diminué, et la baisse du prix du café sur le marché depuis quelques années a porté les habitants à lui substituer d'autres cultures. Au dire de quelques informateurs, on plantait aussi de la pite dans la région, mais cette plante a presque disparu à cause de son bas prix sur le marché international, depuis quelques années croyons-nous.

Actuellement les cultures les plus pratiquées à travers la 5ème et 6ème Grande Colline sont le maïs, le pois et le millet; puis viennent les plantes vivrières : patates, ignames, etc. La cive est une culture d'appoint, bien que certaines personnes la plantent sur des surper-

ficies d'un demi-hectare et plus et semblent lui accorder plus d'importances qu'aux céréales, parce que, dit-on, elle est, plus rentable. Malheureusement pour la planter les habitants émondent tous les arbres et dénudent entièrement le sol, ce qui accentue l'érosion.

Les ravins et certaines collines aux pentes douces où s'amoncellent des couches sédimentaires argilo-calcaires sont très fertiles, surtout dans le voisinage des terres arrosées par de petits ruisseaux. Dans certains coins favorisés, on cultive des plantes potagères, des bananes et de la canne à sucre. Nous avons trouvé aussi des jardins de mazombelles sur certaines collines, ce qui est un indice de fertilité du sol.

Nous pensons que la culture de pommes de terre, de laitues, de carottes, de betteraves, etc. réussirait très bien dans beaucoup d'entroits de la région, moyennant une petite amélioration des techniques culturales.

5. Déboisement

Il s'accentue de plus en plus et rend très difficile la régénération caféière, qui semble être une utopie pour la région, étant donné le morcellement excessif des terres et le peu de rentabilité du café comparativement à d'autres cultures. L'abattage des arbres : manguiers, avocatiers, mombins, gommiers, etc. se poursuit régulièrement. On utilise ces bois pour la fabrication de charbon, de planches et d'autres pièces artisanales, de la chaux. Les bois précieux ont presque disparu de la région, les plantes forestières également. Les arbres fruitiers tels les manguiers, cocotiers et autres sont très rares surtout au centre de la 5ème Grande Colline. Cepen-

dant, on y trouve encore beaucoup de pamplemoussiers (appelés chadèques en Haiti).

Le fait que la plupart des maisons se construisent en planches favorise davantage le déboisement. Autrefois les constructions se faisaient surtout en clissage et en maçonnerie, mais depuis les derniers cyclones elles se font de préférence en planches, car on pense que ce dernier type de logement résiste, beaucoup mieux au vent et aux intempéries et peut facilement être reconstruits après un cyclone; de plus il protège mieux contre le froid qui sévit dans la région de décembre à mars. En tout état de cause, il faut donc lancer une politique de reboisement dans la région.

5. Habitat

Les maisons sont construites généralement dans le voisinage de la route nationale et des principaux sentiers. A l'intérieur des terres, elles sont plutôt blotties sur de petits plateaux ou situées au flanc des collines. Les regards du promeneur se portent ainsi sur une multitude de hameaux encadrés d'arbres le plus souvent, ce qui brise la monotonie du décor. Nous avons constaté que près de 80 % des maisons de 5ème et 6ème Grande Colline sont en tôle. Il semble qu'à la suite des cyclones les habitants ont renoncé progressivement à la toiture en paille ou en chaume; d'ailleurs les matériaux nécessaires à de telles toitures sont plutôt rares dans la région. Les propriétaires de ces maisons en tôle auraient avantage à construire des gouttières pour recueillir l'eau de pluie dans une citerne en vue des usages domestiques et de l'arrosage des jardins situés près des maisons.

Les conditions du logement sont assez satisfaisantes à 5ème et 6ème Grande Colline. Les maisons types forment un quadrilatère d'environ 6 à 8 mètres de long sur 4 à 5 de large. Généralement, elles sont divisées en deux pièces : une salle à manger qui sert en même temps de salle de réception et une chambre à coucher. On y trouve comme mobilier : une table, quelques chaises, une grande cruche poreuse ou canarie, remplacée souvent par des calebasses, un lit, un coffre pour ranger les habits, etc.

En plus des deux pièces principales beaucoup de ces maisons ont un ou plusieurs bas-côtés qui servent occasionnellement de chambre à coucher, de salle de réception ou de dépôt. Quelques-unes ont plus de trois pièces principales, révélant ainsi la position économique de leur propriétaire; elles sont plus richement meublées que les autres. Le plancher est le plus souvent en maçonnerie ou en ciment, rarement en terre battue. Ces maisons sont généralement bien aérées. Dans l'ensemble, elles sont blanchies à la chaux vive et très propres. Les dessins pratiqués dans les planches des façades ajoutent à la beauté de ces coquettes demeures. Le plafond, habituellement en planches, peut tenir lieu de dépôt pour la conservation de certains produits : pois, maïs, millet, etc. Une petite fenêtre pratiquée au-dessus de la porte d'entrée ou une ouverture intérieure donne accès à ce grenier. Alors que les latrines sont généralement très rares en milieu rural, beaucoup de ces maisons on ont une.

7. Voies de communication

La plupart des localités de 5ème et de 6ème Grande

Colline sont reliées entre elles par des sentiers. Mais la route nationale allant de Port-au-Prince à Bainet passe à peu près au milieu de ces deux sections rurales. Une jeep partant de Port-au-Prince ou de Petit-Goâve met environ trois heures pour arriver à 5ème Grande Colline. Les poids lourds effectuent le même trajet en 4 à 7 heures, car le tronçon allant de Fauché à 5ème et 6ème Grande Colline est le plus souvent dans un état piteux et comporte de nombreux cours d'eau qui ralentissent la course.

Près d'une douzaine de camions faisant la navette avec Port-au-Prince se trainent péniblement sur cette route environ trois fois par semaine. Ils transportent tout ensemble : animaux, plantes, colis de toutes sortes, et généralement beaucoup de passagers entassés les uns contre les autres.

On comprend aisément combien il est pénible pour des malades de voyager dans de telles conditions. Il ne fait pas de doute que l'établissement d'un centre de santé à Meilleur constitue un bien immense pour la région. Le Projet intégré qui va à la rencontre de la population dans les différentes localités améliore encore la situation.

II.– ASPECTS ECONOMIQUES

1. Activités de la population.

Comme dans la majeure partie de la campagne haitienne, l'agriculture constitue l'occupation principale de la population de Grande Colline. Mais on trouve dans la région un assez grand nombre d'artisans, maçons,

ébénistes, charpentiers, etc. A en juger par le style des maisons et la qualité des meubles, on peut avancer que quelques-uns de ces travailleurs manuels sont bien formés. Mais la plupart des personnes exerçant un métier artisanal cultivent aussi la terre. Très peu de terres, même les pentes les plus abruptes et les zones rocailleuses, restent en friches, ce qui montre combien la population est laborieuse et dynamique. L'oisiveté est proscrite à travers la région; même les vendeurs de borlette travaillent aussi la terre ou vaquent à d'autres occupations économiques.

2. Régime foncier et méthodes de travail.

D'une façon générale, c'est le régime de petite propriété qui prédomine. Sur une superficie d'environ 64 km^2 nous avons recensé 12 256 personnes, ce qui donne une densité de 177 au km^2. D'après certains informateurs, les planteurs possédant plus de 10 carreaux de terre ne doivent pas dépasser la vingtaine à travers 5ème Grande Colline. Le cultivateur moyen en possède 2 à 5. Mais un assez fort pourcentage de chefs de famille ont moins d'un carreau. Ce problème de morcellement est national. D'après les chiffres officiels, 36% des familles paysannes disposeraient de moins d'un carreau de terre (1,30 ha) et 68% de moins de 2 carreaux.

Ce morcellement excessif de la terre conditionne en grande partie les méthodes de travail.

a) Outillage agricole

L'outillage dont disposent les habitants de Grande_

Colline est encore très rudimentaire: machette, houe, serpette, couteaudigo, piquois, etc. La charrue n'est pas encore introduite dans la zone. Aucun agent agricole, ni agronome n'encadre cette population.

C'est seulement vers le mois de mai 1975 qu'un agronome a été affecté pour la première fois à cette région. Mais cet agronome a été rappelé deux mois plus tard.

Cependant, les méthodes de conservation de sol sont appliquées tant bien que mal; on trouve par-ci, par-là des murs secs réalisés par les paysans eux-mêmes. Des pépinières pour le reboisement ont été préparées par des conseils communautaires. D'une manière générale, la population se montre très intéressée à apprendre de nouvelles techniques agricoles et les méthodes de conservation de sol.

b) Groupes de travial agricole.

C'est le système des petites exploitations familiales qui prévaut. Beaucoup d'agriculteurs travaillent seuls dans leurs jardins ou avec des membres de leurs familles. Un grand nombre de travailleurs domestiques ne prennent le plus souvent qu'une tasse de café avant d'aller au travail vers 6 heures du matin, ils ne mangent qu'au retour à la maison vers 3 à 4 heures de l'après-midi. Il va sans dire que le rendement de cette main-d'œuvre est médiocre, en raison de l'emploi de méthodes culturales périmées, de l'absence d'un outillage moderne, de l'alimentation défectueuse et aussi des maladies débilitantes et de l'infestation parasitaire.

A part le groupement familial, les types de travaux

(1) Le Paysan Haitien, in conjonction, revue haitiano-française, numéro spécial, p. 35.

collectifs les plus répandus dans la région sont : la combite (ou coumbite), le counabè, l'escouade, le djob, le baré.

– La coumbite, ou corvée se rapproche du groupement familial. Il s'agit d'une invitation de parents, de voisins ou d'amis faite par un habitant pour l'exécution d'une tâche donnée. En guise de rénumération un repas assez copieux est le plus souvent servi à ces invités vers 2 heures de l'après-midi. Ce système qui commence à disparaître dans beaucoup de régions du pays est encore très pratiqué à travers 5ème et 6ème Grande Colline.

– Le counabè est une association d'entraide, appelée mazinga dans le nord-ouest, ronde dans l'ouest, ramponneau dans le nord, escouade dans le sud et différents coins du pays. Il existe bien sûr des variantes régionales pour ces organisations de travail. A 5ème et 6ème Grande Colline le counabè réunit de 10 à 15 personnes qui travaillent tour à tour dans les jardins des différents membres. Il est bon d'avoir une vingtaine de personnes dans l'équipe, de sorte que chaque membre puisse bénéficier au moins d'une journée de travail par mois. Il arrive souvent que l'équipe vende sa journée de travail à un planteur. Dans ce cas le salaire de tout le groupe va successivement aux différents membres, ou bien chacun reçoit son salaire individuel après chaque journée de travail; de plus on fournit un peu de clairin aux travailleurs.

Ordinairement, le counabè commence à travailler vers 11 heures pour finir vers 16 heures. Car les membres vont d'abord s'occuper dans la matinée de leurs

bêtes, de leurs jardins personnels ou donner un coup de main chez eux, ou à un parent, un ami etc. Quand l'équipe travaille dans le jardin d'un de ses membres, ce dernier est tenu de fournir du clairin et parfois un peu de nourriture à ses camarades; ces dépenses s'élèvent à trois ou quatre dollars généralement.

Il arrive que le counabè contribue dans sa zone à l'entretien d'un tronçon de la route nationale. Certains groupements travaillent au rythme du tambour; et la besogne terminée, les membres se divertissent souvent entre eux, en chantant et en dansant. Certains se transforment en bande de raras pendant le carême. Il existe environ six bandes de counabè à travers 5ème Grande Colline; nous n'avons pas d'information à ce sujet pour 6ème Grande Colline.

Du côté de Grand-Goâve, on appelle counabè une bande de réjouissance populaire se réunissant le samedi soir pour danser sous la tonnelle; cette bande participe également aux manifestations politiques de sa zone; elle organise aussi une sorte de carnaval nocturne, apparentée au rara, plus précisément à la «coudjaille»

– Le job consiste à accepter de travailler une certaine quantité de terre sur une base forfaitaire, comme cela se fait un peut partout.

– Le baré est une coutume un peu cocasse en voie de disparition dans certains coins du pays, mais assez pratiquée jusqu'ici à travers 5ème et 6ème Grande Colline. Un cultivateur qui a déja achevé plusieurs journées de travail au cours de l'année ou qui est reconnu comme un grand propriétaire voit sa maison assaillie avant le lever du jour par une troupe qui arrive en chantant et

en dansant. Elle s'empare dans la cour d'un cochon, d'un cabri, ou d'une régime de bananes, ou d'une «gouane» de maïs, et vient ainsi annoncer au propriétaire qu'elle lui offre une journée de travail.

Il arrive que cette troupe travaille de 5 heures du matin jusque tard dans l'après-midi. En guise de salaire, elle se régale de l'animal ou des produits alimentaires qu'elle a saisis.

3. Production et calendrier agricoles

Les terres y étant relativement fertiles, les cultures sont variées à travers 5ème et 6ème Grande Colline, on n'y plante cependant pas de riz, ni de pistache (arachide). Comme nous l'avons signalé plus haut, la pomme de terre et les plantes potagères : carotte, laitue, betterave, n'y sont guère cultivées non plus. Pourtant, de meilleures méthodes culturales permettraient de développer facilement ces cultures intensives.

a) Calendrier agricole

Selon Paul Moral, le rythme du «grapillage» obéit fidèlement à la succession des saisons en Haiti. D'une manière générale, il y a trois périodes de «pointe» dans le calendrier agricole national : de février à avril, avec la préparation de la terre et les semailles qui précèdent les fortes pluies de printemps; en décembre quand les récoltes (café, cacao, canne-à-sucre) battent leur plein. Ceci est relativement vrai pour 5ème et 6ème Grande Colline. A partir de nos observations et des renseignements fournis par certains informateurs nous avons établi pour la région le calendrier agricole suivant :

(1) Paul Moral : L'économie haitienne 1959, p. 60

PLANTATION	I – POIS	RECOLTE
1– février	....	mai
2– juillet	....	Septembre
3– octobre	....	décembre
	II – MAIS	
1– février	....	juin–juillet
2– juillet	....	novembre
	III – MILLET	
1– avril – mai	....	décembre–janvier
	IV – PATATE	
1– février	....	août–septembre
2– juillet	....	février–mars
3– octobre	....	mai–juin

Les récoltes de café ont lieu particulièrement d'octobre à janvier; les fruits les plus courants : oranges, chadèques, se récoltent de décembre à février; l'avocat, de juin à septembre. Soulignons qu'il n'y a presque pas de manguier dans la région.

b) Production

Ce calendrier agricole est d'une extrême importance sur le plan nutritionnel et sanitaire, dans une économie de subsistance comme celle de 5ème et 6ème Grande Colline où le régime alimentaire est étroitement lié au rythme de la production. Il convient de faire remarquer que la grande quantité de pois produite tout au cours de l'année constitue une source appréciable de protéine pour la région. Le maïs et le pois constituent le fondement de l'alimentation des habitants.

Presque toutes les localités produisent la même chose en même temps; aussi ne peut-on pas parler de production complémentaire entre les localités de la région.

Les projets de construction de dispensaire-hôpital et de formation de moniteurs agricoles n'ont pas été réalisés, mais un intéressant projet modèle de médecine communautaire sera mis sur pied dans cette région à partir de 1979.

- L'élevage : Les produits de l'élevage figurent parmi les ressources secondaires difficiles à déterminer. L'aspect montagneux et le relief mouvementé, joints au morcellement des terres et à leur culture quasi permanente, entrave le développement de l'élevage, surtout des bovins et des caprins; les vaches sont rares, le lait aussi. De plus, à cause de la maladie du charbon qui sévit depuis quelque temps dans la région, les habitants craignent de boire le lait de vache. Et au lieu de traire leurs vaches, certains habitants laissent ce soin aux veaux peut-être parce que les pâturages sont rares. Ainsi peu de bébés de la région ont-ils du lait à boire. L'élevage de poules n'étant guère organisé les oeufs aussi sont rares, et presque chaque année les poules sont décimées par des épidémies que les habitants appellent «fièvre» et par le charbon. En raison de tout cela les gens n'ont guère envie de développer l'élevage. En outre, ils se plaignent que depuis quelque temps des chiens féroces s'attaquent à leurs vaches et cabris et même les mangent.

c) Commerce

Il existent à travers 5ème et 6ème Grande Colline trois grands marchés où une bonne partie des produits agricoles sont écoulés régulièrement : le marché de Meilleur qui fonctionne le mardi et le vendredi, le marché de Bodin, le lundi et le jeudi; et celui de Trouin, le lundi et le jeudi. Il y a ainsi une circulation assez rapide des produits à travers la région. Le commerce

avec Port-au-Prince et les villes les plus proches : Jacmel, Bainet, est facilité par le voyage périodique des camions de marchandises.

Entre 1930 et 1950, le commerce, surtout du café, se pratiquait sur une assez haute échelle dans la région. On cite comme anciens spéculateurs (nom local des intermédiaires): Félix Louis, Nicolas Fils, Déroux, Léostène Midy, entre autres. La plupart de ces «spéculateurs» acheminaient leurs produits à la maison Reimbold de Port-au-Prince pour l'exportation.

Mais le seul qui reste est Léostène Midy, lequel entretient également un moulin de maïs qui déssert une bonne partie de la région. La «spéculation» a beaucoup baissé à la suite des dévastations caféières dues aux cyclones répétés et aussi à cause de la chute des cours du café.

III.– HYGIENE ET CONDITIONS DE VIE

1. L'eau et les conditions générales de vie

Les conditions d'hygiène sont plutôt bonnes à travers 5ème et 6ème Grande Colline. L'air est pur et frais, le cadre géographique semble favoriser la santé de la population. La douceur du climat et la beauté du paysage contribuant à instaurer une ambiance de fraicheur et de bien-être.

La région abonde en sources d'eau potable qui sont assez régulièrement distribuées. Elles ont régulièrement un débit assez important; quelques-unes donnent naissance à de petits ruisseaux qui permettent aux habitants de faire la lessive et de se baigner. Les conseils

communautaires de la région en nettoient certaines de temps en temps.

Généralement, les habitants de Grande Colline sont assez proprement vêtus. Mais beaucoup vont pieds nus comme d'ailleurs la plupart de nos campagnards. C'est là un fait d'importance pour la santé de la population étant donné que certaines des maladies tropicales qui sévissent en Haiti, notamment l'ankilostomiase, se transmettent par la peau.

Certes, ce ne sont pas tous les habitants de 5ème et de 6ème Grande Colline qui peuvent s'acheter des chaussures, étant donné le revenu individuel généralement bas du paysan haitien. Nous croyons cependant qu'un assez fort pourcentage des habitants peuvent porter des chaussures, s'ils sont éduqués en ce sens.

Comme on le sait, le revenu individuel est difficile à évaluer dans le milieu rural haitien. Mais tout laisse croire que la plupart des habitants de 5ème et de 6ème Grande Colline gagnent plus de 100 dollars par an; ils acceptent de travailler pour 1gourde 25 dans les counabès et escouades, après s'être occupés de leurs jardins personnels. Ainsi, la journée de travail ne leur rapporte pas seulement 1gourde 25. Les paysans aisés eux, ne font généralement pas partie des escouades et achètent la main-d'oeuvre des moins fortunés.

2. Les latrines

Il ressort de notre recensement effectué en mars 1975 qu'il existe un grand nombre de latrine à travers 5ème et 6ème Grande Colline comparativement à

notre milieu rural, qui en est généralement dépourvu. En effet sur 2 712 maisons, nous en avons trouvé 1 179, soit 43,5 % avec latrine, tandis qu'à Trou Chouchou et 2ème Plaine, nous n'avons dénombré que 147 latrines pour 2 194 maisons soit 6,77 % des maisons ayant une latrine et à Grand-Goâve nous avons trouvé 19 % des maisons pourvues d'une latrine; on y a en effet dénombré 2 842 maisons et 540 latrines. Et nous savons que les leaders et les conseils communautaires ont lancé une grande campagne de construction de latrines à travers la région.

La situation sera donc bientôt encore meilleure sous ce rapport.

La distribution des latrines par zone de travail des agents communautaires donne les tableaux suivants :

Tableau A.

DISTRIBUTION DES LATRINES PAR ZONE D'AGENT COMMUNAUTAIRE SELON LE NOMBRE DE MAISONS

	LATRINES	MAISONS	%
ZONE I	166	420	39,5
ZONE II	234	399	58,6
ZONE III	308	521	59,1
ZONE IV	292	526	55,5
ZONE V	179	846	21,1
TOTAL	1179	2712	43,5

Tableau B.

DISTRIBUTION DES LATRINES PAR ZONE D'AGENT COMMUNAUTAIRE SELON LA POPULATION

	LATRINES	HABITANTS	%
ZONE I	166	2.080	7,9
ZONE II	234	1.628	14,3
ZONE III	308	2.835	10,8
ZONE IV	292	2.364	12,3
ZONE V	179	3.728	4,8
TOTAL	1.179	12.635	9,3

Il ressort des deux tableaux ci-dessus que les trois zones les mieux pourvues en latrines sont II, III et IV. La plupart des localités de ces trois zones sont situées à proximité de la route nationale. Et parmi elles, se trouvent des localités relativement avancées sur les plans économique et social par exemple Meilleur, nan Désir, Nan Roy, David, Source Crabe etc.

La zone I a un pourcentage relativement bas de latrines elle compte certaines localités évoluées comme Chéri-dent, Café-Lompré, Cahesse, etc, mais la plupart des autres localités de cette zone peuvent être considérées comme marginales, beaucoup étant situées loin de la route nationale.

La zone qui se trouve sur 6ème Grande Colline est

la moins favorisée en fait de latrine. A part Bodin et Fond Marseille, presque toutes les localités de cette zone, telles Claverie, Grand-Fond, Colinette, sont loin de la grande-route.

On est ainsi porté à croire qu'il existe une certaine relation entre le nombre de latrines et l'influence extérieure exercée sur les localités. Celles qui sont plus près de la route sont en effet parmi les mieux pourvues en latrine. Il ne fait pas de doute que le niveau économique constitue également une variable importante dans l'explication du nombre de latrines.

3. Les cimetières de famille

Si les conditions d'hygiène sont relativement favorables à travers 5ème et 6ème Grande Colline, il faut noter qu'il existe dans la région un phénomène qui pose de graves problèmes sur le plan sanitaire et à d'autres points de vue : il s'agit de la multitude de cimetières de famille; on en trouve plusieurs dans une seule localité, en moyenne un par famille (ce mot, étant pris ici dans le sens générique, est presque synonyme de parenté). A Meilleur par exemple, localité d'une soixantaine de maisons, il y a environ une douzaine de cimetières. Cet état de choses peut constituer de sérieux problèmes sanitaires étant donné la proximité de certains cimetières des maisons d'habitations et aussi de quelques sources; beaucoup de terres qui pourraient servir à l'agriculture sont utilisées pour des cimetières; et le fait que certains sont à proximité des maisons ou des jardins peut inciter davantage les habitants à organiser des services ou des cérémonies à l'intention de leurs morts, ce qui entretient ces pratiques tradition-

nelles et contribue à grever l'économie familiale. L'Etat devrait intervenir pour exiger que dans une section rurale, il n'y ait pas plus de 10 cimetières. Les conseils communautaires pourraient aussi essayer de faire l'éducation de la population en ce sens.

4. Les maladies et l'état nutritionnel

La population parait jouir d'une bonne santé, cependant certaines maladies font parfois rage dans la région; on peut citer : la tuberculose, le charbon, le tétanos, la coqueluche, la typhoïde, la gale. Et certaines épidémies déciment de temps en temps le bétail.

Les habitants de Grande Colline paraissent relativement bien nourris. Cependant la populaton infantile accuse un taux élevé de malnutrition. En effet, parmi les enfants qui ont été pesés au cours de la tournée de vaccination du mois de juillet 1975 , un assez fort pourcertage est atteint de malnutrition comme le montre le tableau suivant :

Etat Nutritionnel des enfants de 0 à 4 ans pour 5ème et 6ème Grande Colline

Enfants Normaux	436	34,0
Enfants (M_1) *	422	33,0
Enfants (M_2) *	332	25,8
Enfants (M_3) *	93	7,2
Total enfants pesés	1283	100%

Ce tableau révèle que sur les 1283 enfants pesés 93 (7,2 %) sont atteints de malnutrition troisième degré. Or le nombre d'enfants total d'après notre recensement s'élève à 1788 et notre équipe mobile n'a pu en voir que 74 %. Il se peut donc que le pourcentage des enfants malnourris soit encore plus élevé. Et si l'on additionne les cas de malnutrition deuxième et troisième degrés le pourcentage se chiffre à 33% environ.

Pour Trou Chouchou et Deuxième Plaine, nous avons trouvé sur 888 enfants 44 (5%) atteints de malnutrition troisième degré et 181 (20,4%) de deuxième degré. Donc le total d'enfants de deuxième et troisième degrés de malnutrition s'élève à 25,4%. Mais on ne peut conclure par là qu'il existe moins d'enfants malnourris à Trou Chouchou et 2ème Plaine , qu'à cinquième et sixième Grande Colline, car l'équipe mobile n'a pu voir à Trou Chouchou et Deuxième Plaine que 50% des enfants. La comparaison ne peut s'établir non plus avec Grand-Goâve et Septième Gérard où on a trouvé que 31% des enfants sont atteints de malnutrition deuxième et troisième degrés, car les enfants vus ne représentent que 30% du total attendu.*

Quoiqu'il en soit, les 5ème et 6ème Grandes Collines accusent un taux élevé de malnutrition. Pourtant la région est relativement riche en protéines et en calories, les habitants réalisant généralement trois récoltes successives de pois la même année, en mai , septembre et décembre, et deux récoltes de mais, en juin – juillet et novembre; de plus des légumes verts sont assez abondants. C'est dire que l'état nutritionnel de la population peut être amélioré rapidement grâce à l'éducation.

N.B. Ces données concernent l'année 1975. Première année du Projet.

Cela ne signifie pas qu'il ne faille pas encourager l'augmentation de la production agricole à travers la région.

IV.– ASPECTS SOCIAUX

1. La famille

La population de 5ème et 6ème Grande Colline comme d'ailleurs la société rurale haitienne peut être perçue comme un vaste système de parentés où se superposent un ensemble de familles et d'autres types de groupes engagés dans la solution de certains problèmes communautaires. Cependant tout laisse croire que la vie familiale subit encore l'emprise de certains vieux parents ou de quelques notables, bien que le système patriarcal tend à disparaître de la région.

Comme un peu partout à travers le pays, les familles reposent sur le mariage, le plaçage et le concubinage. Nous n'avons pas de précision sur le pourcentage de familles vivant dans chacune de ces conditions matrimoniales; mais le nombre de placés est assez élevé. Il faut dire que le plaçage est une union relativement stable qui équivaut à un mariage naturel. Les cas de familles instables ne semblent pas très nombreux à travers 5ème et 6ème Grande Colline.

a) Le planning familial

D'une manière générale, les relations sexuelles ne sont permises par la société haitienne que dans les trois formes d'union citées plus haut; par exemple, la fille mère et la prostituée sont ordinairement mal vues surtout dans le monde rural. Malgré cette sanction sociale,

les grossesses insolites se multiplient dans 5ème et 6ème Grande Colline, comme un peu partout à travers nos campagnes. Il est à espérer que les méthodes contraceptives, qui pénètrent de plus en plus le monde rural, diminueront le nombre de grossesses involontaires. Mais il convient de mentionner ici que certains leaders de nos zones de travail demandent instamment que les méthodes contraceptives ne soient pas étendues aux jeunes célibataires, de peur qu'ils ne versent dans le libertinage. Nous sommes bien obligés dans une certaine mesure de tenir compte de ces recommandations qui viennent surtout de leaders religieux très puissants dans les communautés.

En ce qui concerne la planification familiale, l'analphabétisme, et la résistance du clergé catholique entravent l'application des méthodes contraceptives à travers 5ème et 6ème Grande Colline, comme d'ailleurs dans la majeure partie du pays. Des gens répètent encore que «cé Bondié qui bay pitit» voulant dire par là qu'ils n'ont pas le droit de contrôler la naissance.

Cependant certains sondages d'opinion nous ont révélé que la population de l'aire du Projet intégré prend de plus en plus conscience de la nécessité de ne pas avoir beaucoup d'enfants afin de pouvoir les élever convenablement.

b) Choix des conjoints

Dans beaucoup de nos communautés rurales, les habitants choisissent leur conjoint dans leur localité d'origine ou leur section rurale. Ce système endogamique pose parfois sur le plan génétique des problè-

mes graves pour la progéniture. Des cas d'infirmité de toutes sortes peuvent en résulter, du fait des liens de parenté existant entre la plupart des couples.

Le problème se pose dans une certaine mesure pour 5ème et 6ème Grande Colline, mais il semble que de plus en plus les futurs époux tendent à choisir leur partenaire un peu partout, parfois très loin de leur localité d'origine.

c) Résidence des nouveaux couples

Pour ce qui concerne l'établissement du foyer, la population de 5ème et 6ème Grande Colline semble être orientée vers la résidence néolocale, c'est-à-dire que le nouveau couple envisage le plus souvent d'établir sa demeure en dehors du toit parental. Ainsi, le jeune homme qui veut se marier doit penser d'abord à la construction de sa propre maison. C'est peut-être cette conception qui explique que généralement les hommes de 5ème et 6ème Grande Colline ne se marient guère avant l'âge de 25 ans.

Mais il arrive souvent que les parents, surtout le père, aident les futurs époux à bâtir leur maison et à faire les préparatifs du mariage. De plus la précarité des conditions économiques oblige parfois les jeunes couples à cohabiter avec un parent, le plus souvent le père de l'époux. Dans ce cas, le père exerce une forte ascendance sur son fils même après le mariage. Ainsi le système patriarcal, qui perd du terrain de plus en plus, subsiste encore dans certaines circonstances. Et d'une manière générale, les vieux parents et certains notables constituent en grande partie les centres de décision pour certaines familles.

d) Type de foyer

En raison de la polygamie qui prévaut dans le monde rural haitien, et de la pratique du travail agricole réservée surtout au sexe masculin, on soutient généralement que la famille paysanne est matrifocale, en ce sens que le père est un absentéiste qui laisse le soin du foyer à la mère. Cependant ce système matrifocal n'est pas très marqué à travers 5ème et 6ème Grande Colline. Car dans beaucoup de familles la mère est aussi souvent absente que le père et parfois davantage. Non seulement elle travaille aux jardins avec le mari, mais encore elle va au marché pour vendre certains produits agricoles, faire des provisions pour les usages domestiques ou entretenir un petit commerce de détail qui sert d'appoint au revenu de la famille basé essentiellement sur la production agricole. Et certaines «dames saras» laissent leur demeure pendant plusieurs jours.

Il en résulte que les bébés sont souvent laissés sous la surveillance d'un ainé ou d'une domestique. Des cas de malnutrition des enfants peuvent être dûs à cet état de choses. Dans le cadre d'un programme de puéculture, il faudrait donc essayer de toucher ces personnes à qui incombent les soins des enfants.

2. Mobilité géographique

Comparativement à la population rurale haitienne, les habitants de 5ème et 6ème Grande Colline voyagent beaucoup à l'intérieur du pays; beaucoup de paysans vont à Port-au-Prince pour vendre une partie de leur récolte de pois, de maïs etc. Ce déplacement est facilité du fait qu'une bonne partie de 5ème et 6ème Grande

Colline est traversée par la route nationale allant de Port-au-Prince à Bainet et aussi à Jacmel. Cependant l'exode rural ne semble pas très poussé dans la région; ces paysans sont plutôt régionalistes. Ils ne manquent pas de vanter leur coin de terre pour la beauté de ses paysages, la douceur de son climat et la relative fertilité de sol.

L'immigration est très réduite, peu de gens venant d'une autre région pour établir domicile à 5ème et 6ème Grande Colline. Cependant au cours de l'été un grand nombre de vacanciers originaires de la région ou venus d'ailleurs, de Port-au-Prince, de Jacmel par exemple, passent quelques jours dans ce lieu de villégiature. Il ne fait pas de doute que ces vacanciers exercent une certaine influence sur la région.

3. Stratification sociale

A première vue, la population de 5ème et 6ème Grande Colline parait relativement homogène. Mais une observation plus profonde des caractéristiques de l'habitat – sa forme, le nombre et la distribution des pièces, les matériaux de construction et l'ameublement – révèlent déjà une certaine stratification au sein de la population. Et l'ascendance familiale, jointe à certains critères économiques, particulièrement le nombre de carreaux de terres possédés, et aussi la puissance politique ou religieuse, sont des facteurs importants dans la détermination du statut socio-économique. Le nom de famille joue un grand rôle dans la hiérarchisation de cette population. C'est ainsi que les Midy, les Marseille jouissent d'un très haut degré de prestige social à travers la région; mais le niveau économique est peut-

être prédominant comme critère de stratification. Il est ainsi possible de schématiser la population en trois catégories : les démunis ou sans terre, les petits propriétaires et les gros cultivateurs.

Les leaders, c'est-à-dire les personnes qui influencent les décisions de la population ou orientent ses modes d'action, appartiennent surtout aux strates supérieures et moyennes de cette population.

C'est de ce groupe de leaders que sortent le plus souvent les dirigeants des conseils communautaires.

4. Conseils communautaires

A côté du chef de section et de ses aides et aussi des miliciens qui prolongent l'autorité gouvernementale, se développe depuis quelques années dans nos zones rurales le conseil communautaire. Ce mouvement en pleine extension est une association d'adultes qui a pour objectif le développement économique, social et culturel des communautés. Il constitue un conseil administratif formé d'un président, d'un trésorier, d'un vice-président, d'un secrétaire et de plusieurs conseillers. Cette association est l'organe d'expression de tous les habitants de la communauté, où sont posés et résolus certains problèmes communautaires. Les membres se recrutent exclusivement au sein de certaines localités voisines qui se sentent solidaires entre elles.

Il y a trois conseils communautaires à 5ème et 6ème Grande Colline, un à Meilleur, un autre à Café Lompré et l'autre à Baudin. Il existe également à Trouin un conseil qui entretient des relations avec ceux de Grande Colline.

Le conseil de Café Lompré a été fondé vers 1963 par un moniteur de l'ONEC (Office National d'Education Communautaire). Vers 1964, ce conseil a jeté les bases de celui de Meilleur. Il existait donc d'étroites relations entre les deux groupements. Mais après quelques années les liens se relâchèrent. Et vers le début de cette année le conseil de Café-Lompré a reproché à celui de Meilleur d'avoir pris l'initiative de faire venir le Projet intégré de santé et de population à Meilleur à son insu. Il s'agit là d'une fausse accusation, car ce n'est pas le conseil qui a fait appel au Projet et le service de santé ne se circonscrit pas à Meilleur mais couvre toute la région.

Quoiqu'il en soit, il en est résulté une opposition marquée entre Café-Lompré et Meilleur, au point que certains leaders de Café-Lompré ont empêché leurs voisins d'aller se faire soigner au centre de Meilleur. Mais nous avons pu amener les deux conseils à la réconciliation, et depuis lors ils sont même arrivés à s'associer en vue de la réalisation de certains travaux communautaires intéressant les deux parties.

Le dynamisme des membres de ces deux conseils et leur prise de conscience de certains problèmes de la région nous autorisent à croire que ce rapprochement peut aboutir à une grande transformation socio-économique de la région. Il est à souhaiter que bientôt se joignent à eux les autres conseils de 5ème et 6ème Grande Colline. Il sera ainsi possible d'avoir un conseil fédéral qui participera vraiment au développement économique et social. Car le développement ne peut réussir qu'au niveau d'une région qui possède des ressources complémentaires, et non au seul niveau d'un village.

Les activités de ces conseils communautaires contribuent déjà à relancer la région. Jusqu'ici, le conseil de Meilleur a aidé à bâtir la chapelle catholique de Meilleur et a construit une école de plus de 4 000 dollars. Son action s'étend aussi à la construction d'un tronçon de route de 4 kilomètres, à la préparation de plusieurs pépinières de caféiers qui ont été déjà transplantés, au captage d'une source et au nettoyage de plusieurs autres.

Le conseil de Café-Lompré s'adonne à peu près aux mêmes activités; nettoyage de source, entretien de routes, préparation de pépinières, mise sur pied d'un centre d'alphabétisation. Et il a de grands projets en vue, par exemple l'ouverture très prochainement d'un centre d'économie domestique, l'irrigation d'une partie des terres de Café Lompré et des environs. Le conseil de Bodin procède au nettoyage de sources, à la construction de routes; de plus il a un projet de porcherie et d'une autre école communautaire.

Nous faisons de notre mieux pour rendre ces mouvements d'action communautaire beaucoup plus dynamiques et efficaces. Car ils peuvent jouer un rôle important dans l'éducation de base des communautés et participer grandement à la promotion économique et sociale de la région.

5. Education

Les 5ème et 6ème Grande Colline comptent plusieurs établissements scolaires. La 5ème Grande Colline en possède à elle seule cinq : les écoles de Meilleur, de Cahesse, de Chérident, de Lompré et de Fatima. Dans 6ème Grande Colline, il existe à Bodin une grande

école fondée depuis 1958 et dirigée par les petites soeurs de sainte Thérèse; elle accueille près de 400 élèves.

a) L'Ecole de Meilleur – Il semble qu'avant même l'occupation américaine il y avait une école presbytérale à Meilleur. Et aux dires de certains informateurs-clés, vers 1940 fut fondée une école rurale qui a toujours été fréquentée par un grand nombre d'élèves. L'école presbytérale a fermé ses portes en 1970, mais l'école rurale reconstruite récemment par les membres du conseil communautaire prend de plus en plus d'extension. Elle compte actuellement près de 500 élèves venus d'un peu partout de 5ème et 6ème Grande Colline. Les études vont jusqu'au certificat d'études primaires.

b) L'Ecole de Cahesse – remonte, dit-on aux environs de 1922. Elle a été fondée par l'église baptiste. Comme celle de Meilleur, elle a contribué à la formation de plusieurs générations de personnes de la région. Elle compte actuellement une cinquantaine d'élèves. Mais les classes n'arrivent pas jusqu'au certificat d'études primaires; après le cours élémentaire II (4 années d'études), les élèves vont continuer à Meilleur ou ailleurs.

c) L'Ecole de Chérident – est dirigée par le Révérend Père Christian St-Vil, prêtre anglican qui milite dans la zone depuis plus de onze ans. Cette école compte actuellement 120 élèves environ qu'elle prépare pour le certificat d'études primaires.

Les écoles de Lompré et de Fatima sont de moindre

importance; elles ont peu d'élèves et ne dépassent pas la classe élémentaire; ce sont des écoles presbytérales de l'église catholique.

Il faut souligner de plus qu'il existe environ huit centres d'alphabétisation à travers 5ème Grande Colline. Ils sont supervisés par le co-président du conseil communautaire de Café-Lompré, animateur volontaire de l'ONAAC. Il semble que grâce au dynamisme et au dévouement de ce leader, ces centres d'alphabétisation fonctionnent bien comparativement à ceux d'autres coins du pays.

Malgré ce nombre relativement élevé d'institutions scolaires, le pourcentage d'analphabètes semble assez élevé à travers la région. A notre avis la proportion de lettrés ne doit pas dépasser 30 % de la population. Ceci est dû en grande partie à l'impersévérance scolaire qui demeure très élevée comme un peu partout dans le milieu rural haitien; en outre, la plupart de ceux qui accèdent au certificat d'études primaires vont ailleurs pour trouver un emploi ou poursuivre leurs études. Par exemple, beaucoup de jeunes originaires de 5ème et 6ème Grande Colline fréquentent actuellement les établissements secondaires et les facultés à Port-au-Prince ou ailleurs, voire à l'étranger.

La 5ème Grande Colline a donné naissance à des personnalités de grande valeur; par exemple, la zone de Meilleur et ses environs a déja fourni au moins quatre médecins, dont le docteur Evariste Midy, coordonnateur national du Projet intégré de santé et de population; d'après un informateur-clé, elle compte également parmi ses ressortissants deux prêtres, trois religieuses,

plusieurs avocats et comptables, etc. Nous n'avons pas de précision à ce sujet sur 6ème Grande Colline qui peut certainement soutenir la comparaison avec sa voisine 5ème Grande Colline.

6. Religion

Comme un peu partout à travers le pays, la religion catholique est prédominante à 5ème Grande Colline. Mais le protestantisme semble gagner de plus en plus de terrain; il doit embrasser actuellement environ 30 % de la population de la région. Il y a une grande église baptiste à Cahesse depuis plusieurs années. A Chérident, une église anglicane fonctionne depuis plus d'une dizaine d'années. On trouve des temples baptistes et adventistes dans différents coins des deux sections rurales.

A Meilleur, il y a une grande chapelle catholique qui relève de l'église catholique de Bodin. A Lompré également se trouve une chapelle catholique dépendant de la paroisse de Trouin.

Bref, il ressort de la description de zone effectuée récemment par nos collaborateurs que la 5ème Grande Colline et la partie de la 6ème Grande Colline qui tombe dans l'aire du Projet intégré comptent près de 16 établissements religieux (église, chapelle, temple).

Toutefois le vodou est encore très fort dans la région. La «description de zone» a révélé qu'il existe à travers la même aire 25 hougans. On sait que beaucoup de catholiques et même des protestants sont aussi vodouisants. De même, nos observations et des informations recueillies de certains interwievés nous permettent

d'affirmer que la superstition est encore très vivace dans la région. Par exemple, aux entrées de la plupart des jardins de maïs et de pois, on voit un piquet de bois enfoncé dans le sol et portant une croix tracée avec de l'indigo. Cela signifie que ces jardins sont «commandés» c'est-à-dire gardés par un esprit : Ainsi, le voleur qui y pénètre ne pourra pas en sortir avant l'arrivée du propriétaire, ou bien ce qu'il emporte sera empoisonné. Et les habitants semblent y croire fermement à tel point que beaucoup de «jardins commandés» sont effectivement respectés des voleurs.

7. Loisirs

On trouve au moins quatre gaguères à 5ème Grande Colline, et peut-être autant à 6ème Grande Colline. La borlette qui peut être considérée comme une activité à la fois économique et récréative est assez largement pratiquée à travers 5ème et 6ème Grande Colline. Cependant ce jeu de hasard ne semble pas engendrer l'oisiveté dans la région, contrairement à ce qui se passe généralement à travers le pays.

Le mardi-gras et les raras sont organisés de février à mars, mais ne paraissent pas occuper une place très importante dans la vie de la majeure partie de cette population.

Nous avons vu plus haut que les counabès ou escouades organisent parfois des danses à la fin de leurs journées de travail, ceci constitue un divertissement bien mérité. On peut imaginer aisément que les danses sous les tonnelles des houmforts et aussi les veillées funèbres constituent autant d'occasions de loisir pour la population. Par ailleurs, quelques personnes ont le privilège de posséder un appareil de radio qui leur diffuse

de la musique. En mars 1975, nous avons recensé près de 300 appareils de radios à 5ème Grande Colline et dans la partie de 6ème qui intéresse jusqu'ici le Projet intégré; c'est surtout à cause de la borlette qu'il existe un si grand nombre de radios dans la zone, comme aussi dans une bonne partie de notre milieu rural.

8. Vie communautaire

On peut dire qu'il existe à travers 5ème et 6ème Grande Colline une certaine cohésion sociale et un climat de paix qui engendrent une atmosphère de vie communautaire dans la région. Une certaine détente règne sur le plan institutionnel : en effet les différentes confessions religieuses semblent se tolérer mutuellement; les miliciens s'entendent assez bien avec les chefs et aides de section; les différents marchés de la région constituent un réseau complémentaire pour la circulation des produits; les écoles sont assez bien coordonnées entre elles; celles qui n'arrivent pas au C.E.P acheminent les enfants vers les établissements plus avancés de la région tels ceux du Meilleur, de Bodins etc.

Bref, on peut dire que la communauté est plus ou moins intégrée, c'est-à-dire que les différents éléments concourent d'une façon plus ou moins harmonieuse à la réalisation d'un certain objectif commun.

Nous avons mentionné plus haut la situation qui a opposé pendant quelque temps la zone de Meilleur à celle de Café Lompré. Mais à part ce cas, il semble que les rivalités ne sont pas très fortes entre les différentes localités. On peut même supposer que cet antagonisme relatif est plutôt positif en ce sens qu'il porte

les habitants à s'identifier à leur milieu ambiant et à le défendre au moment opportun. Les habitants paraissent en effet très attachés à leur coin de terre. Mais certains doivent dépasser les frontières de leurs petites localités pour s'intéresser à toute la région.

Jusqu'ici Meilleur est la localité la plus importante de 5ème Grande Colline de par sa position géographique et son équipement institutionnel. En effet cette localité située près de la route nationale est assez bien pourvue en eau; et elle compte un marché, une chapelle, une gaguère, un centre de santé etc. Pour arriver à promouvoir le développement régional il faudrait peut-être que les autres localités acceptent que Meilleur remplisse au moins temporairement un rôle centripète.

«Une région pour se développer a besoin d'un centre, d'un pôle de croissance (qui aura entre autres la fonction d'écluse) entre la compagne et la ville.»

9. Besoins d'ordre communautaire

Le conseil communautaire de Café-Lompré a établi une liste de projets, inspirée dans une large mesure par le père St-Vil, principal membre du conseil, mais qui montre bien que les membres de groupement pensent sérieusement à l'amélioration de leur communauté. La voici :

1– Captage de source
2– Etablissement d'une pompe hydro-électrique
3– Construction de fontaines publiques
4– Appareil de cinéma et génératrice d'électricité pour Café-Lompré
5– Centre social à Café-Lompré
6– Reconstruction de l'école de Café-Lompré
7– Aide pour salaire des professeurs de l'école
8– Utilisation des deux cascades de Meilleur pour

électrification
9– Aide en médicaments – pharmacie communautaire
10– Ambulance pour transport des malades
11– Visite d'ophtalmologistes et dentistes.
12– Visite d'un inspecteur d'école
13– Visite d'un agent social
14– Camion bascule pour entretien de la route Bainet – Trouin
15– Aide du Département des Travaux Publics, transports et communications pour l'entretien de routes.
16– Cantine scolaire
17– Réparation du presbytère de Café-Lompré
18– Instruments de musique pour l'orchestre de Café-Lompré
19– Centre de nutrition
20– Centre d'économie domestique pour jeunes filles

Voici d'un autre côté quelques besoins exprimés par un leader de Meilleur :
1– Concours d'un agronome
2– Vaccination des bêtes
3– Aide pour achever la construction de l'école de Meilleur
4– Restauration de la fontaine d'eau potable de Meilleur.

Malheureusement presque tous ces projets exigent l'aide d'un agent extérieur. Nous avons suggéré aux intéressés de concevoir à court terme des projets réalisables avec les ressources de la région. Les deux conseils de Meilleur et de Café-Lompré qui sont maintenant associés se sont mis d'accord pour exécuter ensemble les projets suivants :

1– Pharmacie communautaire
2– Centre d'économie domestique
3– Reboisement.

Le procédé suivant a été adopté pour collecter les fonds en vue de la formation de la pharmacie communautaire. Au lieu d'examiner gratuitement les clients comme auparavant, le personnel du centre de Meilleur réclame 0.50gde pour chaque consultation. Cet argent recueilli par le chef de bureau est remis en fin de journée au président du conseil communautaire. Le chef de bureau tient un cahier des recettes journalières, et les fonds collectés s'élèvent à plus de cent dollars après trois mois environ. On estime que bientôt la pharmacie pourra être formée, et ce sont tous les habitants de la région qui en bénéficieront.

Le conseil de Café-Lompré se propose d'ouvrir très prochainement un centre d'économie domestique qui recevra aussi les jeunes filles de Meilleur et des environs. En outre, les conseils de Meilleur et de Café-Lompré réalisent conjointement une vaste pépinière de caféiers et chadèques.

Tous ces projets et actions communautaires témoignent bien de l'ambiance de vie communautaire qui règne dans la région.

CONCLUSION

Il ressort de tout ce qui précède que les sections rurales 5ème et 6ème Grande Colline sont relativement riches en ressources naturelles et humaines, et que sur le plan sanitaire, les conditions d'hygiène sont relativement bonnes. Grâce au programme de la Division d'Hygiène familiale, nous pouvons espérer un changement encore plus remarquable sur le plan de la santé.

En plus des services fournis par le centre de santé de Meilleur, plus de dix mille personnes sont sur le point d'être entièrement immunisées par notre équipe mobile contre le tétanos, la coqueluche, la diphtérie. Et de cette population, environ 80 % des enfants âgés de 6 à 15 ans ont été vaccinés contre la tuberculose. Des centaines d'enfants ont reçu un vermifuge; environ une centaine d'entre eux atteints de malnutrition troisième degré sont en voie de récupération grâce à des approvisionnements périodiques en lait. Bientôt un cours de formation sera dispensé aux matrones* en vue d'améliorer leurs techniques d'accouchements et de les intégrer plus directement dans notre projet de médecine communautaire. Cependant, la population est encore réticente à l'égard du planning familial. On peut tout de même s'attendre bientôt à une attitude plus favorable, car les gens prennent de plus en plus conscience de la nécessité de ne pas avoir trop d'enfants. Et la campagne de motivation se poursuit.

Des projets de grande importance ont été envisagés mais n'ont pas été réalisés : la construction d'un dispensaire-hôpital par une mission protestante conjointement avec le gouvernement; la formation de moniteurs agricoles et sanitaires par l'ONAAC et le Projet intégré de santé. Il faudra continuer à se pencher sur les problèmes sanitaires de cette population.

* *A la date de publication (décembre 1978), le programme est déjà avancé et semble avoir des répercussions bénéfiques sur la santé des mères et des enfants*

CHAPITRE II

ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ORGANISATION POLITICO-ADMINISTRATIVE DE QUELQUES SECTIONS RURALES DU DISTRICT SANITAIRE DE PETIT-GOAVE

Calixte Clérismé

Au mois de mai 1976, le Dr Ary Bordes, directeur de la Division d'Hygiène Familiale, nous demanda, en notre qualité de sociologue du Projet intégré, d'entreprendre une étude exploratoire sur l'organisation politico-administrative de quelques sections rurales du district sanitaire de Petit-Goâve, en vue sans doute d'aider le Département de la Santé Publique et de la Population (DSPP) à collaborer plus efficacement avec les agents de la police rurale dans le développement de nos sections rurales. Bien qu'apparemment modeste, cette étude n'est pas sans intérêt pour ceux qui cherchent les moyens de communication avec le milieu rural et tous ceux qui désirent obtenir la collaboration de nos paysans pour la réalisation de certains projets communautaires.

Il existe 555 sections rurales en Haiti(1). La section rurale est la plus petite subdivision administrative du territoire national; elle est commandée par un officier de police rurale relevant des Forces armées d'Haiti. Mais nous savons que le chef de section est aidé dans l'exercice de ses fonctions par des adjoints, aides de sections, etc.

Quel est le rôle de ce corps de police, comment les membres sont-ils recrutés ? Quelle- est l'étendue de leur influence ? Comment sont-ils rémunérés ? Quel réseau de communication s'établit entre le chef de section et ses collaborateurs ?

Les réponses à ces différentes questions permettront de mieux comprendre le système de police rurale et renseigneront utilement les personnes qui veulent collaborer avec les représentants de cette police rurale, en vue de travailler à l'amélioration des conditions de vie des masses paysannes. Car jusqu'ici, il n'existe à notre connaissance aucune étude spécifique sur la structure politico-administrative de nos sections rurales.

Pressés par le temps, nous n'avons pas pu effectuer une étude approfondie et notre recherche ne porte en fait que sur quatre sections rurales: deux de la commune de Petit-Goâve et deux de la commune de Grand-Goâve. Toutefois, nous croyons avoir cerné dans les grandes lignes la structure politico-administrative des sections rurales du district sanitaire de Petit-Goâve et peut-être même du pays étant donné qu'elles sont toutes régies par le même code rural.

(1) Guide économique de la République d'Haiti. Institut Haitien de Statistique, décembre 1971, p. 11

I– ORGANISATION DE LA RECHERCHE

Nous avons commencé par discuter de l'organisation des sections rurales du district sanitaire de Petit-Goâve avec quelques personnes comme le maire de Petit-Goâve et un animateur du Projet ACDI (Agence canadienne pour le développement international) qui a exploré la plupart des sections rurales de la commune de Petit-Goâve.

Puis nous avons écrit à quelques chefs de section pour convenir des rendez-vous: ceux de Trou Chouchou et de 11ème Ravine Sèche, de la commune de Petit-Goâve, et ceux de 3ème Moussambé et de 7ème Gérard, sur la commune de Grand-Goâve.

Nous avons enfin procédé à des interviews semi-structurées en vue d'obtenir les informations nécessaires. Dans l'ensemble, nos informateurs se sont montrés très ouverts et ont semblé répondre avec sincérité à la plupart de nos questions. L'enquête a duré environ trois jours, car les sections rurales en question sont éloignées les unes des autres et nous avons dû consacrer presque une journée pour enquêter dans chacune d'elles. Notre interview avec chacun des chefs de section et de quelques-uns de leurs adjoints a duré deux (2) heures environ.

II – DE L'ORGANISATION DE LA POLICE

C'est la loi No XVIII du Code Rural François Duvalier qui fixe dans les grandes lignes les attributions du corps de police rurale. (1)

(1) Docteur François Duvalier : Code Rural, deuxième édition, pp. 51–52 – Imprimerie de l'Etat, Port-au-au-Prince, Haiti , 1963.

1) Des chefs de sections et de leurs adjoints

ARTICLE 330.– Il est constitué un corps adjoint aux Forces de Police de la République dénommée Police Rurale pour assurer la protection des familles et des propriétés rurales, la surveillance des cultures et du bétail, le maintien de l'ordre et de la tranquilité publique dans les campagnes.

Auxiliaire de l'autorité civile et en collaboration avec le Conseil d'administration des Sections Rurales, elle prête main forte à l'exécution des lois et actes du Gouvernement, ainsi qu'aux décisions du conseil d'administration.

ARTICLE 331.– Dans chaque section rurale, la police est exercée par un officier de police rurale qui a sous ses ordres deux adjoints au moins, munis de leur carte d'identité.

Le Chef de Section attribuera à chacun de ses adjoints une zone différente de la section où il remplira les devoirs de sa charge.

ARTICLE 332.– Les membres de la Police Rurale sont des auxiliaires de la Police Judiciaire dans leurs sections rurales respectives. Ils recherchent les crimes, délits et contraventions, font rapport sur la nature, les circonstances, le temps et le lieu de l'infraction, ainsi que sur les preuves et indices recueillis, se saisissent de la personne des autres en cas d'infraction sur mandat de l'autorité judiciaire, sauf de flagrant délit ...

Suivent cinq (5) autres articles concernant le chef de section et leurs adjoints.

Cette loi sur la police rurale donne déjà une idée de l'organisation et du fonctionnement des sections rurales, mais nos recherches ont révélé des particularités

qui jettent sans doute plus de lumière sur la structure politico-administrative des sections rurales que nous avons étudiées ici.

2) Structure politico-administrative de la police rurale.

Dans chacune des sections rurales étudiées, nous avons constaté que le chef de section est le principal représentant de l'Administration publique. Il est secondé dans l'exercice de ses fonctions par des adjoints ou maréchaux et par des chefs de quartiers appelés aussi maréchaux par politesse mais également «choukèd la rouzé» par dérision.

En principe, le 10 de chaque mois, les chefs de section de tout le district militaire de Petit-Goâve se rendent à la caserne pour inspection.

a) Rôle des maréchaux

Nous avons trouvé deux maréchaux pour Trou Chouchou et deux pour 7ème Gérard; mais 3ème Moussambé en compte trois et la 11ème section de Petit-Goâve quatre.

Il semble que le commandant du district militaire de Petit-Goâve ne reconnait généralement que deux maréchaux par section rurale; le cas de la 11ème section s'explique en raison de son étendue géographique et de sa proximité de la ville de Petit-Goâve, d'après les déclarations du chef de la dite section.

Conformément à l'article 331 du code rural, les chefs de section que nous avons interviewés attribuent à chacun des maréchaux une zone différente où il remplit les devoirs de sa charge. Le maréchal ou adjoint relève directement du chef de section et le remplace en cas d'absence. Il a sous son autorité les chefs de quartiers de

sa zone et sert d'intermédiaire entre ces derniers et le chef de section; par exemple lorsque celui-ci veut convoquer ses chefs de quartiers, il avise les maréchaux qui préviennent les intéressés. Le chef de section peut lui aussi les contacter directement.

Le 19 de chaque mois les chefs de section doivent acheminer aux casernes de Petit-Goâve des rapports sur leur section; dans les quatre sections rurales que nous avons explorées, c'est souvent un maréchal qui les apporte. Ces rapports contiennent généralement des procès-verbaux d'actes de naissances, de décès, d'arrestations et d'autres évènements survenus dans la section.

Rappelons que le maréchal est chargé par la loi d'assurer la protection des familles et des propriétés rurales, la surveillance des cultures et du bétail, le maintien de l'ordre et de la tranquilité publique dans sa localité.

b) Rôle du chef de quartier

Tout comme le maréchal, le chef de quartier veille au maintien de l'ordre et de la justice dans son quartier. Il est chargé d'enregistrer les naissances et decès, de signaler les évenements insolites et aussi l'arrivée d'étrangers dans son secteur. Mais la plupart des chefs de quartiers sont analphabètes; ils font donc un rapport oral au maréchal ou directement au chef de section. De l'avis des chefs de section que nous avons interviewés, les chefs de quartiers ne rapportent pas tous les évènements de leur section. Qu'on songe au progrès qui serait réalisé dans le domaine des statistiques si ces rapports étaient complets et fidèles.

Il ressort des informations que nous avons recueillies

qu'en plus des maréchaux, il y a environ 35 chefs de quartiers à Trou Chouchou, le même nombre à 3ème Moussambé et à 7ème Gérard; la 11ème section de Petit-Goâve, elle, en compte 58 environ. Nous n'avons pas de chiffres sur la population de 3ème Moussambé et de la 11 ème; par contre les résultats de notre énumeration effectuée en mars 1975 donnent une population d'environ 6 073 habitants pour Trou Chouchou et également moins de 7 000 pour 7ème Gérard. Dans ces deux sections, il y a donc en moyenne un chef de quartier pour moins de 200 personnes.

Or, toujours d'après notre recensement de mars 1975, il existe environ 3,5 personnes par maison dans les sus-dites sections rurales; on peut par conséquent en déduire qu'un chef de quartier n'y contrôle qu'une soixantaine de maisons. Il semble que la situation est similaire pour les deux autres sections que nous examinons ici et peut-être même pour la plupart des autres du district militaire de Petit-Goâve.

Car d'après un informateur-clé qui a exploré la plupart des autres sections de Petit-Goâve, on y trouve presque autant de chefs de quartiers que dans les sections sur lesquelles porte notre étude.

Bien motivés et bien renseignés sur la valeur du travail à accomplir concernant l'enregistrement des évènements de l'état civil, les chefs de quartiers pourraient résoudre en grande partie le problème de la collecte des informations démographiques et autres nécessaires au bureau des statistiques , au Département de la Santé et à d'autres départements ministériels. Il vaut la peine de se pencher sérieusement sur cette question.

Parmi les autres attributions du chef de quartier, on

peut mentionner les suivantes : il peut juger quelques cas de dispute ou de scandale public au niveau de son secteur; il peut capturer des animaux qui dévastent les champs. Mais il doit référer aux chefs de section ou à son maréchal les cas d'arrestation d'une certaine importance; par exemple, les batailles avec épanchement de sang dépassent en principe sa compétence.

Une fois par semaine, les chefs de quartiers doivent assister à une réunion tenue chez le chef de section, au cours de laquelle celui-ci donne ses instructions ou communique des informations à ses aides, et ces derniers font leur rapport concernant leur secteur. Les chefs de quartiers absents s'informent auprès de leur maréchal ou des chefs de quartiers voisins.

c) Recrutement du corps de police rurale

Nous n'avons pas de précision sur le mode de recrutement du chef de section. Cependant, nous avons noté que celui de Trou Chouchou a succédé à son père Délouis Jean, qui a commandé la section pendant plus de 28 ans, dit-on; de même, l'actuel chef de section de 3ème Moussambé Yves Badio a succédé à son père Aubin Badio, qui a dirigé la section pendant plus de 30 ans et demeure un conseiller important pour le fils. De fait, l'un de nos informateurs nous a confirmé que le chef de section qui achève bien sa carrière a le privilège de proposer le nom de son successeur au commandant du district militaire et de voir entérimer son choix par celui-ci.

Le code rural mentionne à l'article 332, que les adjoints auront la préséance sur tout autre candidat à la charge d'agent de la police rurale, en cas de vacance dans cette fonction. C'est ainsi qu'un des maréchaux de Trou

Chouchou subit actuellement un stage en vue de remplacer le chef de section qui arrive à l'âge de la retraite.

d) Recrutement des maréchaux

Il semble que c'est le chef de section qui propose ses maréchaux au commandant du district. Les chefs de section que nous avons interviewés affirment qu'ils tiennent compte des recommandations des notables et aussi de la population pour choisir les candidats maréchaux qu'ils proposent au Commandant. Contrairement à ce qui est prévu par le code rural, tous les maréchaux ne savent pas lire, ceux qui le savent servent parfois de secrétaire au chef de section, comme c'est le cas pour Trou Chouchou. Le maréchal est nommé pour un temps illimité. Par exemple, un ancien maréchal de Trou Chouchou devenu vieux, M. Plaisimon Sanon, a été remplacé par son fils qui est, au moment de l'enquête, le maréchal désigné pour remplacer le chef de section. L'autre maréchal de Trou Chouchou, Lemaine Pascal, contrôle sa zone depuis près de vingt ans d'après ses propres déclarations.

e) Recrutement des chefs de quartier

Les quatre chefs de section que nous avons contactés soutiennent que le principal critère de sélection de leurs chefs de quartiers, c'est le sérieux ou l'honnêteté. Ils n'ont pas une formule systématique pour effectuer le recrutement; certains des chefs de quartier sont choisis directement par eux, et d'autres leur sont proposés par des leaders communautaires.

3) Autorité et influence du corps de police rurale

Le Dr Jean-Price Mars a écrit en 1939 ce qui suit : «Et en ce qui concerne la modalité de la vie politique

des 4/5 de nos masses populaires et rurales, elle se résume dans l'absorption pure et simple de l'individu par l'autorité, l'Etat. En 1914, mes fonctions d'Inspecteur général de l'instruction publique m'amenèrent à la quatrième section rurale de Trou Chouchou dans les montagnes de la Selle, mon guide, un paysan de 30 ans environ, complètement illettré ne savait pas qu'il existait un Président de la République, mais il connaissait le tout-puissant chef de section. Aujourd'hui encore, la formidable incarnation des lois, des constitutions, de tous les chefs de la ville est le puissant seigneur en kaki jaune ou vert dont la silhouette changeante et pourtant immuable dans sa rigidité séculaire, se profile sur la vie paysanne comme un symbole perpétuel de l'esclavage colonial. Les règlements, les défenses, les prohibitions sont autant de tabous qui s'expliquent par les taxes, les amendes et le reste. En définitive, ici c'est la soumission inconditionnelle de l'individu à l'autorité, à l'Etat qui l'absorbe. Telle est en peu de mots et, strictement objective, la modalité de la vie politique du paysan». (1)

Si ce tableau présenté par le Dr Jean-Price Mars répondait à la réalité politique de son temps, nous sommes en droit d'affirmer que les choses ont maintenant beaucoup évolué. En effet, depuis une vingtaine d'années, on constate un effort de promotion des masses et de diffusion de l'information par la radio « transitor » dans nos campagnes, et parallèlement un mouvement rapide de population entre les villes et la paysannerie. Dans ces conditions, se peut-il encore qu'il existe des Haitiens, ayant l'âge de raison, qui ignorent l'existence du Président de la République ?

Et après avoir effectué des recherches sociologiques

(1) Jean-Price Mars : Formation ethnique, folklore et culture du Peuple haitien. V. Valcin imprimeur – Rue Dr. Aubry – Port-au-Prince, 1939, pp. 113–114.

dans plusieurs départements géographiques du pays : Nord, Nord-Ouest, Sud et Ouest et surtout après cette étude exploratoire sur quelques sections rurales du district militaire de Petit-Goâve, nous arrivons à la conclusion que le visage du chef de section tyran commence à s'estomper à travers le pays.

Sur ce point, notre opinion diffère de celle émise dans l'Enquête sur le développement parue en 1974 à savoir : «La représentation étatique en milieu rural, on le sait, est composée du chef de section assisté du «Choukèt la rouzé» choisis tous par l'autorité centrale sur la base de leurs aptitudes à exercer le rôle de tyranneaux et la fonction de chiens de garde du régime d'exploitation. L'origine de l'institution remonte au temps de Sonthonax, avec l'application par l'Autorité militaire des règlements sévères du régime portionnaire (1). Maintenue par Toussaint et Dessalines, elle fut revisée par Boyer dans le but d'aggraver la domestication du cultivateur. Dans ses formes actuelles, en dépit de quelques timides remaniements, elle nous vient en droite ligne de l'ineffable Code Rural de 1826 et demeure une organisation politique à fin uniquement tortionnaire et coercitive, qui n'offre même pas aux paysans des services sociaux pouvant faire de la section rurale un centre d'attraction, d'agrégation et de progrès, mais se contente de renforcer et de perpétuer la sensation de bête traquée dans laquelle se meut en permanence l'existence pathétique du paysan». (2)

Certes, nous avons constaté que l'autorité des chefs de section que nous avons interviewés, comme de tous

(1) ainsi appelé, parce qu'on assignait des portions de terre aux esclaves affranchis pour les fixer sur les lieux de leur travail.

(2) Jean-Jacques Honorat : Enquête sur le Développement – Imprimerie Centrale, Port-au-Prince, Haiti, 1974 – p. 223.

ceux de l'aire du Projet intégré de santé et de population, est très forte dans leur section respective. Certains chefs en abusent parfois de façon intolérable, et quelques-uns se comportent même en bourreaux.

Mais en général leur autorité ne semble guère reposer sur la tyrannie et les paysans ne paraissent pas avoir la sensation d'être perpétuellement traqués. Certains chefs de section de l'aire du Projet intégré sont plutôt considérés comme des «bons papas» par leurs habitants; citons à titre d'exemple le chef de section de Trou Chouchou : Louis Jean. Certains, de par leur tempérament, exercent une moindre influence que d'autres. Cependant tous semblent se faire obéir de leurs adjoints et chefs de quartiers.

Quand par exemple l'Equipe mobile du Projet intégré travaille à Trou Chouchou, ou à 2ème Plaine, le chef de section se fait accompagner de quelques aides et ces derniers paraissent toujours très soumis à leur chef. Parfois nous écrivons aux chefs de section pour leur demander de mettre des chefs de quartiers à notre disposition en vue de la mobilisation de la population pour la bonne marche des activités de l'équipe mobile, et nous avons l'impression qu'ils se font alors obéir sans trop de résistance. Mais le chef de section ne semble pas être perçu comme un tyran par les chefs de quartiers, ni par le reste de la population.

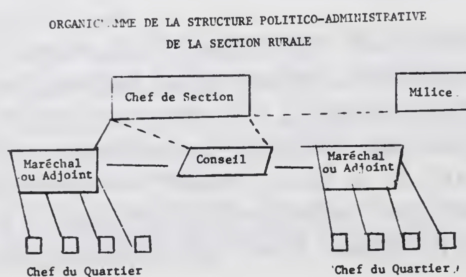
Au sujet de la non-participation de nos masses aux affaires publiques, l'on peut lire encore dans «Enquête sur le développement»: «La masse des petits possédants ne participe que fort peu aux affaires publiques; l'on serait tenté de se laisser induire en erreur par une certaine foule qui s'agite dans les meetings et autres manifestations publiques; il ne s'agit en réalité que des désœu-

vrés ruraux, satellites parasites qui gravitent autour des dons féodaux et se font la clientèle de toutes les opérations où il y a quelques cobs et quelques grogs à gagner». (1)

A notre avis, un grand nombre de paysans travaillent avec acharnement à l'amélioration des conditions de vie dans leur zone et jouent un rôle important dans l'administration de leur section rurale respective. Par exemple, les chefs de section que nous avons interviewés dans l'aire du Projet integré de santé et de population confessent que le conseil communautaire constitue une autorité importante dans la section. Certains nous ont affirmé qu'ils consultent parfois les membres du conseil communautaire avant de trancher certaines questions difficiles ou de prendre des décisions importantes pour la section rurale.

Le chef de section est certes le principal représentant du pouvoir politique et administratif de la section, mais il est assisté dans l'exercice de ses fonctions par tout un corps de police et par un groupement administratif constitué par le conseil communautaire.

Voici comment l'on pourrait figurer la structure politico-administrative des sections rurales que nous avons étudiées:



(1) *Jean-Jacques Honorat : Enquête sur le Développement Imprimerie Centrale – Port-au-Prince – Haiti – 1974*

ORGANIGRAMME DE LA STRUCTURE POLITICO–ADMINISTRATIVE DE LA SECTION RURALE

Cet organigramme montre que le chef de section est la principale autorité de la section, avec sous ses ordres des maréchaux ou adjoints contrôlant chacun une zone de la section où se troùvent plusieurs chefs de quartiers. Le conseil communautaire occupe une place centrale dans la section. Il sert de modérateur en même temps.

La milice est pratiquement détachée de la structure administrative de la section rurale, mais les miliciens peuvent veiller au maintien de l'ordre et de la discipline dans la section. Cependant ils ne peuvent pas se constituer juges. Ils doivent adresser au chef de section ou à leur supérieur hiérarchique les cas d'arrestations qu'ils effectuent.

Depuis 1973, le Président à Vie de la République a expressément demandé aux miliciens de ne plus commettre d'abus envers la population mais d'être plutôt des agents de paix travaillant au développement économique et social du pays. Ceci n'est pas toujours respecté.

CONCLUSION

Il ressort de tout ce qui précède que la section rurale est une entité administrative assez bien structurée; de plus avec la création des conseils communautaires, elle concourt au relèvement des conditions de vie. du niveau social, intellectuel et moral du paysan en permettant à celui-ci de faire en petit, à proximité de son lopin de terre, l'expérience de la vie collective.

Il serait souhaitable que d'autres études exploratoires soient effectuées à travers les sections rurales des différents départements du pays en vue de déterminer leur structure politico-administrative, qui se rapproche sans doute de l'organigramme dégagé à partir de cette étude.

Nous pensons que les organismes qui sont appelés à travailler dans les sections rurales gagneraient à bien connaître l'organisation politico-administrative de la police rurale. Cela leur permettrait d'avoir une collaboration plus efficace avec non seulement ce corps de police mais aussi toute la population des sections rurales. Et il convient également d'étudier la structure des différentes institutions de base de toute communauté organisée, à savoir les institutions économiques, familiales, éducatives, politiques, religieuses, récréatives, sanitaires, etc. C'est ainsi qu'on finira par trouver les meilleures courroies de transmission des idées à travers nos communautés rurales. Le présent document peut donc être considéré comme une introduction à l'étude de la structure de ces institutions de base en vue de mieux pénétrer dans les zones rurales pour y accélérer le changement.

CHAPITRE III

STRATEGIE DU PROJET ET METHODOLOGIE DE L'EQUIPE COMMUNAUTAIRE DE SANTE

Par l'Equipe technique du PISP

Au début de ses activités, le Projet Intégré de Santé et de Population (PISP) a circonscrit son champ d'action dans trois régions du district sanitaire de Petit-Goâve.

Au cours de la seconde année, le Projet intégré a ajouté à son champ d'action une aire de comparaison composée de 33 localités dispersées à travers les communes de Grand-Goâve et de Petit-Goâve et totalisant environ 10 000 habitants.

Au niveau de ses trois aires initiales comptant chacune environ 10 000 habitants, le Projet a placé cinq agents communautaires sous le contrôle d'un supervi-

DEPT. DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION – DIVISION D'HYGIENE FAMILIALE

REPUBLIQUE D'HAITI

Centre: ______________________

Ville: ____________ Rue: ________________ Nº· SNEM: ____________________
ou ou
Section Rurale: ________ Habitation ______________________________

Département: ______________________ Commune: ______________________

IDENTIFICATION

Nº unité |_|_|_|_|

Nº de Centre |_|_|_|

Dans le cas ou ce ménage n'a pu être vu (personnes parties définitivement ou temporairement) indiquer ici le nom de la personne ayant fourni les renseignements et le no. du ménage auquel il appartient: ______________

Nº de Passage	Date de Passage	Nº de ligne	PRENOM ET NOM Ajouter à la suite, en sautant une ligne, toutes les autres personnes faisant partie du ménage.	Sexe	Naissance: Mois	Naissance: Année	Nº d'enregistrement au Centre	Etat Matrimon. C - Celib. M - Marié P - Placé D - Divorcé V - Veuf ND - Non-dit (Inconnu)	L. P. Préciser le lien de parenté: Ex. épouse 1, fils 1 x 2, neveu 2, ami	Occupation Habituelle	Lieu de Naissance Ville ou Section Rurale	Passages Répetés: Information — Code de Situation *	Passages Répetés: Information — Date (mois et année) ex.: mai 74 de naissance de décès, d'arrivée, de départ.	Lieu de résidence — Pour A, indiquer la ville ou la section rurale de résidence antérieure.	Lieu de résidence — Pour B, indiquer la ville ou la section rurale de nouvelle résidence.
		01													
		02													
		03													
		04													
		05													
		06													
		07													

1.– La maison a ____ Chambres ______

2.– Le toit est en __ Chaume __ Métal ____

3.– La propriétaire est au Nº ____ Autres ____

4.– Latrine? Oui __ Non __

5.– Source de l'eau: ______________

6.– Enceinte? Oui __ Non ___ Nº ____

Mois d'accouchement ____________

Suivi à ______________

7.– Malades? Nº __ Maladie ________

____

Suivi à ______________________

Le Nouveau-Né:

Enfant né pendant l'année ______ Date ____

Enfant né et mort dans l'année: Oui __ Non __

Date du décès ________ ________

Cause (si connue) ______________

Age à la date ______________

Signature ____________ date ____

date ____

Contrôle ____________ date ____

date ____

Dates des Passages

1		8		15	
2		9		16	
3		10		17	
4		11		18	
5		12		19	
6		13		20	
7		14		21	

* CODES DE SITUATION A UTILISER

V - Vivant dans la région
D - Décédé
P - Parti de la région
NV - Né et encore vivant
NN/D - Nouveau Né et Décédé
A – Nouvellement arrivée
S - Sort inconnu
O - Omis lors du passage
E - Compté par erreur.

seur. Chaque agent communautaire est secondé dans sa tâche par quatre collaborateurs communaitaires. Ainsi, le Projet compte au total sur le terrain 3 superviseurs, 15 agents communautaires et 60 collaborateurs communautaires.

Pour bien délimiter les zones de travail de ces différents employés le PISP a effectué dès les premiers jours de ses activités une reconnaissance géographique et l'enregistrement de toutes les familles pour avoir une idée assez exacte des cadres physiques et humains et des conditions socio-économiques de ses aires de travail.

Enregistrement des familles

Avant de commencer les tournées de service de santé, on a dû étudier la distribution de la population sur le terrain et identifier par l'enregistrement certains groupes d'âges de la population intéressée.

Etablissement des services dans les zones et les secteurs

1.– Zones et secteurs; agents et collaborateurs communautaires

Grâce à l'enregistrement des familles, on a pu découper chaque aire en zones et secteurs, afin de dispenser plus rationnellement les services, compte tenu des conditions géographiques des aires du Projet intégré.

La ZONE représente l'aire de travail d'un agent communautaire et le SECTEUR celle d'un collaborateur communautaire.

L'agent communautaire est recruté dans la zone qu'il dessert; il est appelé :

– à effectuer des visites aux familles prioritaires, par exemple là où il y a une femme enceinte ou des enfants de moins de 6 ans, des malades, des clients de planning familial;
– à encourager la famille à se rendre à une clinique pour des soins de santé et de planification familiale.

L'agent communautaire est aidé dans sa tâche par 4 collaborateurs communautaires. Le collaborateur est un auxiliaire bénévole qui accepte de servir de liaison entre la population et les services de santé. Ses tâches consistent :

– à recueillir à temps partiel tous les évènements de l'état civil dans son secteur;
– à inviter la population* avant le passage de l'équipe communautaire de santé;
– à aider l'équipe à fournir sur le terrain ses différents services : (pesée, mesure, vaccination, contrôle, etc).

Les avantages de l'enregistrement des familles sont :

a) un meilleur service et une bonne couverture de la population

Cet enregistrement des familles permet non seulement de préparer la carte de vaccination , mais encore d'organiser une sorte d'annuaire au collaborateur communautaire pour inviter chacun des membres de la famille aux stations de ralliement de l'équipe communautaire de santé lui permettant de distribuer rationnellement ses services, par exemple le lait fortifié destiné aux enfants malnourris, un certain matériel contraceptif etc.

** Les invitations sont systématiquement distribués grâce à l'annuaire de l'agent communautaire pour son secteur.*

Enfin , il sert à établir un dossier familial pour toute la population de l'aire du Projet.

b) La possibilité d'évaluation des changements dûs au programme

Chaque collaborateur communautaire n'étant responsable que d'une centaine de familles, il lui est possible grâce à l'enregistrement de celles-ci de noter les évènements naturels permettant d'établir les taux de mortalité et de natalité; ce qui permet de mesurer certains changements survenus dans la population.

c) La possibilité d'avoir des études de base

L'enregistrement des familles aide aussi à établir scientifiquement la base des études démographiques et des échantillons pour des recherches dans différents domaines. C'est là une occasion presque exceptionnelle en Haiti. De plus il sert à établir plusieurs rapports entre la population globale du Projet et certains éléments et agents. Par exemple grâce à cet enregistrement on a pu établir qu'il y a dans l'aire du Projet au moins quinze (15) guérisseurs pour mille habitants, on a pu établir la prévalence de l'ankylostomiase et le taux d'infestation de la population par cette maladie.

La plupart des maisons rurales ont déjà chacune un numéro, assigné par le SNEM (Service National d'Eradication de la Malaria). Ces numéros connus de la population ont été conservés et utilisés dans le cadre du PISP; et il a fallu, avant toute chose, en attribuer un, aux maisons qui n'en avaient pas.

Une méthode d'énumération très pratique consiste à enregistrer chaque famille sur un formulaire individuel

qui sert de dossier et où l'on consigne régulièrement les informations concernant chacun de ses membres.

Cette méthode d'énumération ne nécessite pas forcément un personnel technique spécialisé. Certains leaders religieux (prédicateurs, directeurs de chapelle) ou toute autre personne lettrée de la région peuvent accomplir la tâche moyennant une formation minimale de deux semaines et une supervision adéquate.

Au moment de l'enregistrement, une carte individuelle de vaccination avec adresse exacte est préparée et remise à chaque membre de la population. Ce procédé a l'avantage de permettre une accélération du travail à réaliser ultérieurement par l'équipe technique, qui ne dispose parfois que d'une matinée pour dispenser ses services à plus de 1000 personnes.

2. Soutien technique de l'équipe de santé dans les zones et les secteurs

Comment articuler la participation de l'équipe non technique (agents, collaborateurs, conseils et leaders communautaires) avec le personnel technique du centre de santé (médecin, infirmière, auxiliaire) ?

La méthode adoptée par le PISP est la suivante : l'équipe technique se déplace périodiquement pour aller encadrer l'équipe non technique et visite tous les trois mois la population, qui établit une structure d'accueil des services (éducation sanitaire, immunisation, surveillance de l'état nutritionnel des enfants, etc).

Une des stratégies conçues pour dispenser les services a été la création des stations de ralliement dans différentes localités.

3. Etablissement des stations de ralliement

Vu la dispersion de l'habitat et les difficultés d'accès à certaines zones, des points de ralliement dénommés «STATION DE RALLIEMENT» ont été établis en divers lieux de l'aire de travail.

A partir des cartes et croquis préparés par le SNEM (Service National des Endémies Majeures) et l'enregistrement familial du Projet, certaines localités sont regroupées en zone de 2000 personnes, et les zones, à leur tour subdivisées en secteur de 500 personnes.

Dans chacune des zones, on établit deux (2) stations de ralliement à l'intention d'un millier de personnes, tenant compte de la configuration géographique, des habitudes de regroupement de la population et surtout du point de vue des leaders communautaires. On a toujours cherché à les placer au voisinage des voies habituelles, en un endroit spacieux, propre, accessible par rapport aux localités périphériques et situé sous un toit (ordinairement une église ou dans un endroit ombragé).

Il est prévu que les stations de ralliement soient visitées environ tous les trois mois par l'équipe technique, selon un horaire annoncé à l'avance à la population intéressée.

LES SERVICES FOURNIS

Les différents services fournis par l'équipe communautaire de santé aux stations de ralliement sont généralement les suivants :

1. Education sanitaire

A chaque séance journalière effectuée par l'équipe

communautaire de santé, un quart du temps est consacré à l'éducation sanitaire. Pendant 5 à 8 minutes un message simple, clair et imagé est communiqué à tous les gens, hommes et femmes âgés de 7 ans ou plus.

En vue d'accroître l'efficacité du message, il convient d'organiser plusieurs séances avec des groupes successifs de 25 personnes environ.

2. Immunisation

L'immunisation concerne l'ensemble de la population. Elle s'adresse à 4 groupes d'âge.

1er groupe: Les enfants de moins de 3 mois reçoivent le BCG (vaccin contre la tuberculose) : dose unique de 1/10 cc

2ème groupe: Les enfants de 3 mois – 6 ans reçoivent :

BCG	dose unique 1/10 cc
DI TE PER	(Diphtérie – Tétanos – Coqueluche) 3 doses de 0,5 cc à 3 mois d'intervalle
POLIO	3 doses orales 0.2 cc à 3 mois d'intervalle

3ème groupe: Tous les enfants de 7 – 14 ans sont immunisés au

BCG	dose unique 1/10 cc
Te	(Tétanos): 3 doses de 0.5 à 3 mois d'intervalle
ANTITYPHIQUE	2 doses de 0.5 à 3 mois d'intervalle

4ème groupe : Pour tous les gens ayant 14 ans ou plus :

TE	(Tétanos) 3 doses de 0.5cc à 3 mois d'intervalle
ANTITYPHIQUE	2 doses de 0.5cc à 3 mois d'intervalle.

Les vaccins Di Te Per et antipolio sont parfois associés; en d'autres occasions, ce sont le BCG, le Té et l'antityphique qui sont donnés simultanément. Cependant, qu'ils soient administrés seuls ou associés, les vaccins sont en grande partie inoculés au PED-O-Jet, à l'exception du Polio.

Les vaccins à doses multiples sont très avantageux en ce sens qu'ils permettent un contact plus prolongé entre les techniciens de santé et la population, de sorte que grâce aux services connexes, on arrive mieux à sensibiliser celle-ci aux besoins de santé et notamment à les encourager:

- à se rendre aux dispensaires pour des soins de santé,
- à accepter la planification familiale,
- à suivre l'évolution de l'état nutritionnel de leurs enfants.

3. Soins pédiatriques

Les soins pédiatriques recouvrent généralement les points suivants :
- Enregistrement de tous les enfants de 0 à 4 ans
- Relevé de certains paramètres : poids, taille, circonférence brachiale pour chaque enfant au-dessous de 5 ans (rythme de passage : 3 mois)
- Eduquer les mères à suivre l'évolution de l'état de santé de leurs enfants sur les cartes «Chemin de la Santé» (qu'elles conservent et doivent présenter à chaque visite)
- Donner les premiers soins aux enfants malades et adresser aux dispensaires les cas nécessitant les soins ultérieurs
- Distribuer certains médicaments (Pipérazine, kaolin, pénicilline) selon les indications appropriées.

4. Soins prénataux

- Enregistrement des femmes enceintes à partir du 3ème mois
- Contrôle de leur poids, de leur pression sanguine et de leur taux d'hémoglobine
- Examen clinique sommaire; évaluation du bassin pour les primipares
- Distribution à toutes de comprimés de fer et d'acide folique
- Orientation vers les centres de santé des cas nécessitant des soins plus poussés
- Encourager le recours à des matrones entraînées pour l'accouchement à domicile

5. Planning familial

- Renseigner la population sur la pratique du planning familial
- Recruter les nouveaux clients de planning familial
- Approvisionnement des clients en condoms et pilules.

MECANISME DE DISTRIBUTION DES SERVICES – PROTOCOLE DES OPERATIONS

1.– Deux (2) semaines avant l'opération de «ralliement»

Etablir des contacts avec les leaders communautaires, particulièrement les chefs de section et les membres des conseils communautaires, en vue de solliciter leur concours pour la motivation de la population vis-à-vis du programme et plus l'établissement d'un itinéraire qui tienne compte des exigences de la population (jours de marché, période de récolte, fêtes).

2. – Une (1) semaine avant l'opération

Organiser au cours d'une matinée une séance d'orientation à l'intention du personnel qui sera affecté aux opérations (y compris les agents et les collaborateurs communautaires). Une démonstration pratique est donnée sur le rôle de chaque membre de l'équipe en vue de garantir un rendement optimum. Cet entraînement porte spécialement sur les points suivants :

a) Préparation et distribution des cartes d'immunisation
b) Mesure de la taille des enfants et de leur circonférence brachiale ...
c) Préparation des graphiques de poids ....
d) Tracé des courbes de poids ...
e) Lecture du cadran de la balance ...
f) Inscription du vaccin sur la carte d'immunisation ...
g) Maniement et dépannage du Ped-O-Jet ...
h) Technique d'injection sous-cutanée et intradermique ....
i) « contrôle final»

Cette formation va d'ailleurs se poursuivre sur le terrain suivant une approche dite «point par point» et par des rotations au cours des tournées subséquentes.

3. – Cinq (5) jours avant l'opération

Les collaborateurs communautaires munis de leur annuaire d'invitation (liste des 500 habitants de leur secteur) effectuent des visites domiciliaires en vue de fixer les rendez-vous individuels. Ils signent les fiches de visites laissées dans chaque maison, ce qui nous permet un contrôle ultérieur de ce travail .

4. – Jour de l'opération

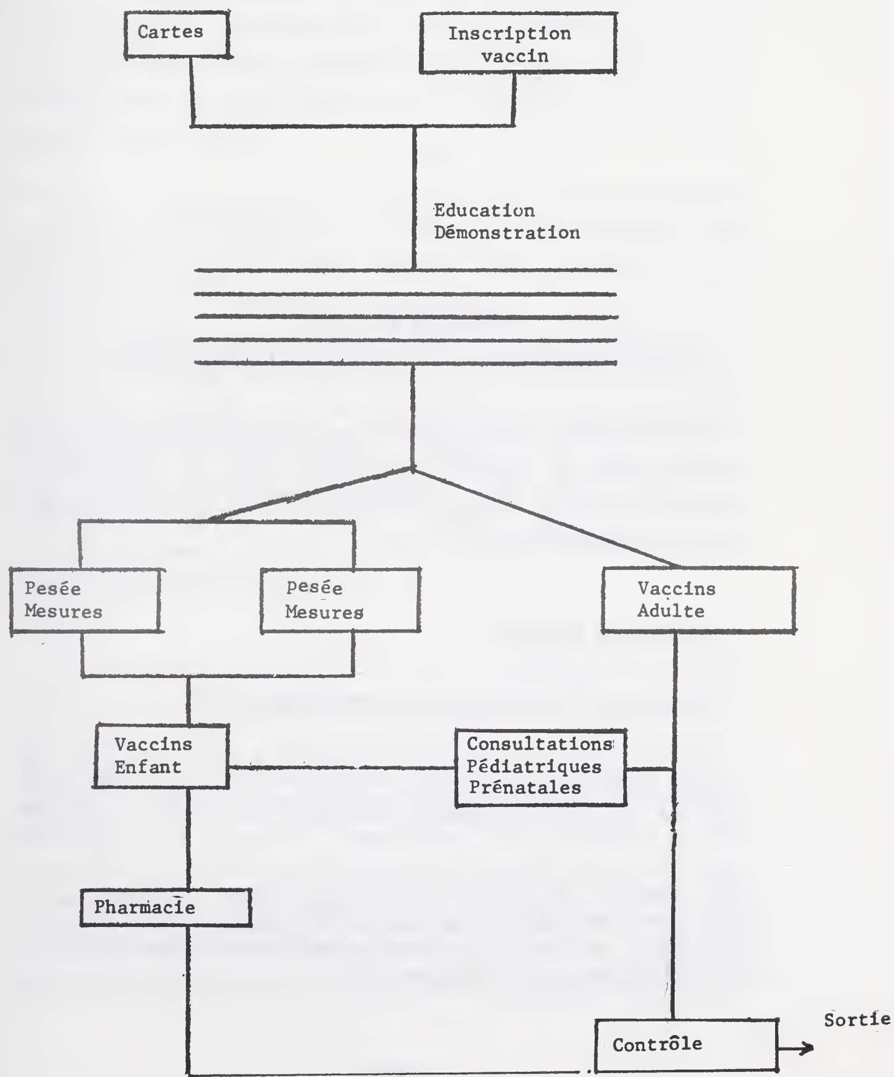
Tôt dans la matinée, l'équipe arrive sur place, soit en voiture, soit en bateau, soit à dos d'âne, soit encore à pied, afin de servir ceux que leurs occupations obligent à se déplacer de bonne heure. Dans une ambiance de chaleur humaine et de bon accueil, hommes, femmes, enfants et nourrissons se rencontrent à la station de ralliement aménagée non loin de chez eux.

A leur arrivée, les clients sont accueillis par des guides : (collaborateurs, agents de l'ordre, leaders communautaires) qui les orientent dans un certain sens, toujours le même, vers les différentes sous-stations selon le service requis. Dans le même temps, les superviseurs font le tour de ces sous-stations pour corriger, conseiller, encourager, motiver et parfois renforcer l'équipe de telle ou telle sous-station.

En annexe, nous vous présentons le schéma de fonctionnement de l'équipe communautaire de santé.

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
DIVISION D'HYGIENE FAMILIALE
PROJET INTEGRE DE SANTE ET DE POPULATION

SCHEMA DE FONCTIONNEMENT D'UNE EQUIPE COMMUNAUTAIRE DE SANTE



CHAPITRE IV
L'ACCESSIBILITE AUX SOINS MEDICAUX*

Une analyse des facteurs qui influencent l'accès aux soins dans la période périnatale pour la population desservie par le Projet Intégré de Santé et de population de Petit-Goâve.

I. INTRODUCTION

–. APERCU GENERAL DU PROBLEME

Les problèmes de santé auxquels font face les pays en voie de développement tiennent en grande partie au

Ce travail a été effectué par Michèle Denizé étudiante en 3ème année de médecine au Mont-Sinaï Medical Center (New-York USA), au cours d'un stage en médecine cimmunautaire à Petit-Goâve en janvier et février 1977.

fait que les besoins de la population s'accroissent tandis que les ressources restent limitées. Le budget du Département de la Santé Publique et de la Population (DSPP) correspond à une dépense de $0,79 (1969-1970)et de $ 0,89 (1973-1974 par habitant. Si l'on considère qu'il représente une proportion importante — 13,7% en (1968-1969) et 13,3 % en (1973-1974) — du budget de la République et que la population augmente à un rythme plus rapide que le budget national, on conclut que les ressources en santé disponibles par habitant vont diminuer.

Face à cette pénurie de fonds, y-a-t-il des moyens qui permettraient d'augmenter l'efficacité avec laquelle ces ressources limitées sont utilisées ? Le problème de la distribution des ressources reste le plus important dilemme du DSPP. En établissant une section de Planification et d'Evaluation au DSPP en 1972, on a dû remarquer que bien que 80 % de la population se trouvent en sections rurales, deux tiers des ressources sont concentrées en régions urbaines et particulièrement dans la capitale. Ce déséquilibre se constate a tous les niveaux . ressources humaines, financières, ainsi que de matériel, de médicaments et d'équipements.

L'importance du problème n'a su échapper à aucun auteur qui s'est penché sur l'évaluation des problèmes de santé en Haiti. Une amélioration de l'infrastructure des services sanitaires devrait, selon Ivan Beghin, représenter la première priorité du Département de la Santé Publique. La prise de conscience du problème amène le DSPP à énoncer une politique de santé dans son Plan de Santé en 1975. Cette politique stipule que le but du Département est d'augmenter graduellement la couverture sanitaire du pays, moyennant l'augmentation et l'a-

mélioration du réseau d'établissement médico-sanitaires existant pour étendre les bienfaits de la santé publique à la plus grande majorité des habitants.

Devant cette prise de conscience générale de la situation, il nous faut cependant constater l'absence presque totale d'information sur le sujet. Le plan de santé du DSPP se borne à déclarer que ... «les services de santé doivent être accessibles au triple point de vue physique, culturel et économique de sorte que la population puisse les utiliser régulièrement».

En recherchant des données moins générales, le Département des affaires de santé internationale du DHEW des Etats-Unis, dans sa publication sur Haiti, estime que chaque établissement de santé peut offrir des services de santé sur un rayon de 15km. En utilisant cette formule, le DHEW arrive à évaluer à 36% la couverture de la population assurée par les établissements de santé. Donc, 64 % de la population souffrent d'un manque d'accès aux soins médicaux.

L'auteur n'hésite pas à déplorer le manque de fiabilité de ce pourcentage qui ne distingue pas les différents degrés de couverture selon la nature du centre de santé, sa localisation en milieu urbain ou rural, et les possibilités de transport y conduisant.

Face à un problème de si grande étendue, et sur lequel il n'y a pratiquement pas d'information, à quoi peut prétendre une étude de deux mois ?

Pour répondre à cette question, considérons tout d'abord le contexte dans lequel se déroulera cette étude.

Un projet pilote de recherche et de soins médicaux

dans les zones rurales de Petit-Goâve et de Grand-Goâve demeure assez représentatif de l'optique actuelle des services de santé en Haiti. Premièrement, le Projet est situé en zone rurale et témoigne ainsi de la volonté de décentralisation du DSPP. Par ailleurs, le Projet met nettement l'accent sur la santé materno-infantile et la planification familiale – buts prioritaires du DSPP. Deuxièmement le projet est financé par un consortium d'organismes internationaux. A ce sujet, il est important de noter que malgré ce financement international, le Projet reste intégralement l'œuvre de la Division d'Hygiène Familiale du DSPP. Cette formule permet une collaboration plus étroite entre le DSPP et les organisations bénévoles et assure une meilleure coordination des efforts de chacun de ces organismes en même temps que la continuité des services à la population au cas où le concours international changerait de mains ou diminuerait. Finalement, une proportion importante du budget du Projet est affectée à des travaux de recherches épidémiologiques approfondies, qui ont pour but de fournir les données indispensables à une véritable évaluation des problèmes de santé en Haiti. Ces travaux de recherches permettront aussi de juger de l'efficacité de certaines solutions apportées par le Projet et de leur applicabilité à d'autres régions du pays.

La valeur de cette étude est donc triple : d'abord, elle traite d'un sujet dont l'importance est reconnue à l'échelle nationale : ensuite, elle l'examine dans un contexte représentatif du milieu rural mais restreint et bien déterminé et qui, en offrant les statistiques nécessaires à l'étude des problèmes, se prête à une analyse approfondie de la situation dont les résultats pourront être extrapolés à l'ensemble de la situation rurale. Enfin, l'étude évalue les efforts déjà fournis par le Projet; cette évaluation sert au Projet intégré lui-même en lui donnant une idée

de l'efficacité de ses méthodes, mais aussi à l'administration au niveau national, en déterminant le rapport coût-bénéfice des méthodes expérimentales mises en œuvre dans le cadre du Projet.

Dans ce contexte, nous avons voulu encore limiter notre champ d'étude à une catégorie de soins définis – ceux offerts à la mère et l'enfant dans la période prénatale. Ce choix a été fait non seulement pour restreindre l'étendue du travail mais aussi en raison de l'importance donnée à la santé materno-infantile dans les objectifs du DSPP.

En fait, selon le Plan de santé de 1975, l'objectif général du DSPP est d'augmenter l'espérance de vie à la naissance qui, en 1971, était de 47,5 ans, le DSPP se proposant, à cette fin, de concentrer l'attention «sur les groupes d'âge vulnérables , i.e les moins de 15 ans, particulièrement les moins de cinq ans, et les femmes à l'âge de procréation».

OBJECTIFS VISES PAR L'ETUDE :

Le but général de l'étude est de recenser et d'analyser les facteurs qui influencent l'accéssibilité aus soins périnataux pour la population desservie par le Projet intégré de Petit-Goâve. On s'est efforcé à cette fin, de :

1) situer la population choisie dans son contexte socio-géographique
2) déterminer l'état de santé de la population
3) étudier les ressources médicales à la portée de la population;
4) étudier les caractéristiques de l'utilisation de ces ressources par la population
5) rechercher les facteurs qui influencent l'accès aux soins médicaux

6) déterminer la relation entre les soins périnataux et l'état de santé de la mère et de l'enfant

Les objectifs 1 et 2 permettent de recenser et d'analyser les besoins de la population; l'objectif 3 détermine le potentiel qui existe pour répondre à ces besoins, l'objectif 4 indique dans quelle mesure ce potentiel est réalisé. Ayant ainsi décrit comment la population répond à des besoins, nous tentons, par l'objectif 5, de déterminer et d'analyser les barrières à l'accès.

L'objectif 6 vise à comparer l'état de santé de la population ayant accès aux soins périnataux à celui de la population n'y ayant pas accès, afin d'établir si ces soins sont adéquats et répondent aux besoins de la population.

La meilleure façon de traiter ce sujet consiste en une étude prospective d'un groupe de femmes enceintes qui seraient identifiées au moment de leur grossesse et suivies jusqu'à un point déterminé après la naissance de leur enfant. Le temps dont nous disposions ne nous ayant pas permis de nous livrer à une telle étude en profondeur, cette question constitue un aspect du problème qui devra faire l'objet d'une recherche systématique.

I. – CONTEXTE SOCIO–GEOGRAPHIQUE

Le contexte socio-géographique choisi est exposé dans les chapitres antérieures

2.– ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

Méthodologie :

a) Etude de documents disponibles pour évaluer les indices sanitaires.

b) Etude et analyse des statistiques démographiques et épidémiologiques compilées par le Projet.

c) Indices Sanitaires

Eau

«La plus grande partie de la population rurale consomme l'eau des sources, des rivières et de puits creusés non protégés». Ces sources et ruisseaux sont assez nombreux dans les régions de Grand-Goâve et de Meilleur mais font terriblement défaut à Trou Chouchou où il n'y a qu'un petit ruisseau et quelques sources apparemment peu saines.

Habitat

Les localités de l'intérieur du pays manquent de services publics, mais l'on peut estimer que les conditions d'habitation y sont acceptables dans plus de 50 % des cas.

A Trou Chouchou, 87 % des maisons sont recouvertes de paille, et les parois sont faites ordinairement de «clissade» de bois bousillés. A Meilleur, près de 80 % des maisons ont des toits en tôle et la plupart des parois sont en planches. A grande-Goâve, l'habitat est de types et de styles variés.

Evacuation des excreta

Il n'existe pas de systèmes d'égouts sanitaires; l'évacuation des excréments se fait par des moyens individuels tels que : latrines, fosses septiques, puisards, et dans la majorité des cas à ciel ouvert.

Ces données sommaires sur la situation sanitaire générale en milieu rural ont été précisées grâce au recense-

ment des familles effectué en mars 1975 par le Projet. A l'époque, 43% des maisons de Meilleur étaient pourvues d'une latrine, contre 19 % à Grand-Goâve et 6 % à Trou Chouchou .

SATATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES

NAISSANCES ET DECES

On enregistre, dans chacune des aires du Projet, environ 480 naissances par an, ce qui donne un taux de natalité de 40 p. 1000. Le taux d'accroissement de la population reste néanmoins bas(2%), à cause d'un taux de mortalité très élevé et d'un fort courant migratoire. La mortalité infantile atteint, en effet, le taux de 100 à 150/1000 naissances vivantes/an. Les enfants de 1 à 4 ans meurent au taux de 20 à 30 p. 1000 par an, tandis que le taux de mortalité des adultes est à 10 p. 1000. Ce taux élevé de mortalité, qui diminue avec l'âge, est un des facteurs qui explique la distribution de la pyramide des âges dans la population. Le taux de mortalité pour la population considérée globalement se situe à 20 p. 1000.

Quelles sont les causes de cette mortalité ? Pour les bébés et les enfants : le tétanos, la malnutrition et la gastro-entérite; pour les adolescents, la malnutrition, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Chez les adultes, les cas de décès surviennent par suite de la tuberculose, de maladies infectieuses et des maladies du système cardio-vasculaire Même pour les adultes, il nous faut ajouter la malnutrition comme facteur indirect qui contribue à la mortalité en diminuant la capacité de l'organisme de se défendre contre les infections.

Morbidité

Il existe peu d'information sur la morbidité de la population, car un faible pourcentage seulement se fait traiter dans nos centres de santé. Certains indices, recueillis par le Projet notamment les taux de malnutrition, de parasitose et d'immunisation, sont en annexe pour donner une idée de l'état de morbidité de la population.

Trente pour cent des enfants d'âge prèscolaire peuvent être considérés normaux quant à leur état nutritionnel; environ 40% sont modérément atteints de malnutrition tandis que 30 % sont gravement atteints, 26% au deuxième degré et 5% au troisième, selon la classification de Gomez.

Une étude effectuée en mars 1976 par le Projet a pu déterminer la prévalence de trois types de parasites intestinaux : le Trichiuris, le Nécator et l'Ascaris. Les infestations causées par ce dernier sont les plus nombreuses: elles touchent 70% de la population.

Le taux d'immunisation peut donner un indice du degré de la protection qu'a la population contre certaines maladies. A la fin de 1976, le Projet évaluait que 95% des enfants de 0 à 4 ans avaient été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche; environ 50% des enfants de 0 à 6 ans contre la polyomyélite; 88% des enfants de 0 à 14 ans contre la tuberculose. Une moyenne de 33% de la population adulte a été vaccinée contre le tétanos. Une campagne de vaccination contre la typhoïde est en cours et ne peut être encore évaluée.

3. RESSOURCES MEDICALES

Médecine traditionnelle :

Une étude des soins reçus durant leurs maladies par des personnes décédées a montré qu'une proportion notable (46%) de la population avait recours aux guérisseurs. Ceux-ci peuvent être considérés comme une ressource importante qui pourvoit aux besoins des habitants de la région.

Une autre enquête a voulu déterminer la distribution de ces guérisseurs à travers les aires de travail du Projet. Les résultats sont résumés par les deux tableaux qui suivent. On compte environ 150 à 200 guérisseurs dans chacune des aires du projet, en majorité des matrones. Il y a aussi une faible couverture moyenne de la population par la médecine moderne par exemple, dans la région de Grand-Goâve, la mieux pourvue à cet égard, elle est de 2 médecins par 10 000 habitants.

TABLEAU X - DISTRIBUTION DES DIFFERENTS TYPES DE GUERISSEURS A TRAVERS LES AIRES DU PROJET

	Charlatans	Matrones	Hougans	Docteur-feuilles	Total
Trou Chouchou	7	121	27	34	189
Grand-Goâve	7	115	18	9	149
Meilleur	9	105	13	24	140
Total	23	344	58	67	478

TABLEAU XI - NOMBRE DE GUERISSEURS PAR MILLIER D'HABITANTS A TRAVERS LES
LES TROIS AIRES DU PROJET INTEGRE

	Charlatans	Matrones	Hougans	Docteur-feuilles	Total
Trou Chouchou	0,7	12,5	2,9	3,6	19,6
Grand-Goâve	0,7	10,9	1,7	0,9	14,1
Meilleur	0,7	8,6	1,1	2,0	12,4

4. CARACTERISTIQUES DE L'UTILISATION DES RESSOURCES MEDICALES

METHODOLOGIE

a) L'aire de travail du Projet est désignée comme unité d'observation représentative de la population. Les deux aires de Trou Chouchou et Grand-Goâve ont été choisies pour l'étude afin d'évaluer l'effet des structures fixes, présentes à Grand-Goâve mais absentes à Trou Chouchou.

b) La période d'observation est de trois semestres consécutifs de mai 1975 à octobre 1976.

c) Les rapports d'enquête post-natale* fournis par les agents communautaires ont servi à déterminer le nombre de consultations et de doses de vaccin antitétanique reçues durant la grossesse par les mères de tous les enfants nés dans la période d'observation.

(*) Lorsqu'un collaborateur communautaire a signalé une naissance au superviseur de l'équipe et à son propre agent communautaire, ce dernier doit faire une enquête pour constituer une sorte de dossier sur la mère, l'enfant et la période d'accouchement.

d) Le registre des naissances a été consulté pour établir le nombre total de naissances pendant la période d'observation, ainsi que le nom de l'accoucheur et le lieu de l'accouchement.

e) Le registre des décès a été consulté pour relever les cas de décès d'enfants âgés de moins d'un mois ainsi que des femmes à l'âge de procréation c'est-à-dire de 15 à 49 ans.

Résultats

Soins Prénataux. –

Les tableaux VI à XI de l'annexe montrent les résultats que nous avons pu obtenir. Ils donnent le pourcentage des accouchements de chaque semestre ventilés en 3 groupes selon la catégorie de soins reçus par la mère durant la période prénatale. Le premier groupe des accouchements selon le nombre de consultations, le deuxième selon le nombre de doses de vaccin antitétanique; le troisième présente certaines combinaisons, par exemple le pourcentage d'accouchements où la mère a reçu au moins une consultation, celui où la femme a reçu au moins trois consultations, etc. Il y a un tableau pour Grand-Goâve et un autre pour Trou Chouchou; les chiffres absolus d'où viennent ces pourcentages figurent sur deux autres tableaux.

Nous avons aussi étudié, pour le semestre de mai à octobre 1976, la distribution des catégories de soins reçus selon les différentes zones de chaque aire. Les catégories sont les mêmes que pour les autres tableaux; les chiffres absolus ainsi que les pourcentages sont portés sur le même tableau.

Discussion : De tous ces tableaux, nous pouvons tirer les grandes lignes suivantes:

1. On peut établir un lien entre les opérations du Projet et l'amélioration de l'accès aux soins prénataux pour la population étudiée.

Le pourcentage des femmes non suivies ou non vaccinées diminue du premier au troisième semestre étudié. Par exemple, pour les non-vaccinés, ce pourcentage va de 17 à 12 à Grand-Goâve, et de 4 à 6 à Trou-Chouchou. Nous entendons par non-vaccinées les femmes n'ayant reçu aucune dose de vaccin antitétanique.

Parallèlement, le pourcentage des femmes qui ont eu une prise de contact – soit un vaccin soit une consultation – a augmenté au cours des trois semestres : de 44 à 70% pour ce qui concerne les consultations à Grand-Goâve, et de 56 à 81 % pour ces consultations à Trou Chouchou.

2. L'accès au vaccin antitétanique est meilleur que celui aux consultations prénatales. La moyenne des non-vaccinées pour les deux aires durant le semestre le plus récent est de 7 % tandis que celle des non-consultées est de 10 %

Il est intéressant de considérer la question dans un sens positif c'est à dire d'établir une norme de services permettant de pourvoir aux besoins de la plupart des femmes enceintes et de calculer ensuite le pourcentage de femmes ayant bénéficié de cette norme. Dans le cas présent, les normes établies sont de trois consultations – une par trimestre – et de trois doses de vaccin assurant une protection efficace contre le tétanos. Le pourcentage moyen, dans l'ensemble des deux aires, de femmes ayant bénéficié d'une telle norme est de 48% pour le semestre le plus récent en ce qui concerne les consultations, tandis qu'il arrive à 67% en ce qui touche

les vaccins.

3. La proximité physique d'une structure fixe à Grand-Goâve n'a pas su faciliter l'accès aux soins prénataux pour cette population. En fait, si l'on considère la norme de services dont nous avons parlé, les populations sont sur le même plan.

Pour les accouchements ayant eu lieu de mai à octobre 1976, 47 % des femmes de Trou Chouchou et 50 % de celles de Grand-Goâve ont eu trois consultations pendant la grossesse. Si l'on considère les vaccins pour la même période, la différence entre les deux populations s'accentue et démontre qu'à Grand-Goâve, l'accès est moindre qu'à Trou Chouchou : 57 % des femmes à Grand-Goâve, contre 77 % à Trou Chouchou, ont pu recevoir les trois doses de vaccin antitétanique durant la grossesse.

En ce qui concerne les femmes n'ayant pas accès aux soins prénataux, il y en a 16 % parmi celles qui ont accouché à Grand-Goâve entre mai et octobre 1976, pour ce qui est des consultations, mais seulement 4 % à Trou Chouchou. De même, le pourcentage des non-vaccinées est de 12 % à Grand-Goâve pour la même période mais de 2 % à Trou Chouchou.

4. L'accès aux soins se caractérise par une première prise de contact assez généralisée, puis par une diminution marquée du pourcentage des femmes poursuivant ce premier contact. Ainsi, quoique la moyenne des femmes soit de 80 % pour cette première prise de contact, seulement 58 % reçoivent la norme de services fixée. (Ces moyennes sont celles des deux aires et comprennent consultations et vaccins pour le semestre de mai à octobre 1976).

5. Finalement, la zone III de l'aire de Trou Chouchou

et la zone IV de l'aire de Grand-Goâve peuvent être considérées comme posant des problèmes. Le très faible pourcentage, par rapport aux autres zones, de femmes ayant accès aux soins prénataux est difficile à évaluer à cause du taux élevé de naissances pour lesquelles les rapports sont incomplets ou inexistants.

Au cours d'une période d'observations s'étendant de juin 1975 à mai 1976, il avait été constaté que 4 % des naissances à Trou Chouchou avaient lieu en milieu hospitalier, tandis que 90 % des femmes accouchaient chez elles aidées par des sages-femmes, à Grand-Goâve, la proportion était de 13 % en milieu hospitalier, et de 65 % à domicile. (tableaux II de l'annexe).

B. Impact de la formation des matrones sur l'accès aux soins

Nous avons voulu nous rendre compte de l'effet du programme de formation des matrones sur l'accès qu'avaient les femmes aux soins médicaux pendant l'accouchement. Ayant choisi le semestre de mai à octobre 1976 comme période d'observation, nous avons étudié à cette fin les accouchements dans l'aire de Grand-Goâve.

De mai à octobre 1976, 65 matrones ont effectué 150 accouchements, soit 72 % des naissances pour cette période; 48 % des accouchements ont été effectué par des matrones formées, 10 % par des matrones non formées mais actives, et 19 % par des matrones non formées et peu actives. Les matrones «peu actives», que nous avons définies comme étant celles qui n'avaient fait qu'un accouchement dans cette période de six mois, ont été classées à part, car nous nous demandions quel était le degré de compétence de quelqu'un qui faisait en moyenne deux accouchements par an.

Discussion

Ces observations nous permettent de souligner le rôle important que peut jouer le mode d'utilisation des ressources du milieu, compte tenu du fait que le pourcentage de femmes accouchant à l'hôpital reste entre 10 et 15 %. Grâce au programme de formation des matrones et si l'on compte les accouchements faits par matrones formées, le pourcentage de femmes bénéficiant d'un accouchements plus ou moins aseptique se situe à 63 %

Soins dans la période post-partum :

Il y a très peu d'information sur les soins que reçoivent les femmes dans la période post-partum. Nous pouvons considérer que toutes les femmes ayant accouché à l'hôpital – soit 4 % des femmes à Trou Chouchou et 13 % des femmes à Grand-Goâve – ont reçu des soins adéquats dans la période post-partum.

L'effet bénéfique de l'infrastructure se fait encore sentir si l'on considère en outre que toutes les femmes ayant fait l'objet d'un rapport post-natal ont au moins reçu une visite de l'agent communautaire dans la période post-partum. Le but de cette visite post-natale est d'évaluer l'état de santé de la mère et de l'enfant, et 99 % des femmes dans les deux aires ont reçu une telle visite dans le semestre de mai à octobre 1976.

Il y a, en plus, à Grand-Goâve une auxiliaire-visiteuse qui est chargée de dispenser à domicile des soins cliniques à toutes les femmes dans la période post-partum. Elle dessert la même population que le dispensaire de Grand-Goâve. Bien qu'il n'y ait pas de statistiques permettant d'évaluer le pourcentage de femmes qu'il lui est possible de visiter, on peut souligner, sur le plan quali-

tatif, l'effet salutaire exercé par cette représentante de l'Hopital du fait qu'elle apporte les services de la médecine moderne dans le contexte habituel de la malade.

5. Effet des soins prénataux sur l'état de santé de la mère et de l'enfant

En esquissant un tableau des soins reçus par la population, nous voulions voir dans quelle mesure ces soins répondaient aux besoins de cette population. En ce qui concerne la santé infantile, leur effet bénéfique est indéniable quand on constate, que le tétanos ombilical est une maladie qui disparait. Une analyse des cas de mortalité infantile à Trou Chouchou montre que du 1er avril au 30 septembre 1975, le nombre d'enfants âgés de 0 à 1 an qui sont morts était de 30 dont 15 cas de tétanos; pour la même période en 1976, le nombre de cas de mortalité infantile était de 20 dont 1 cas de tétanos. Nous pouvons donc en conclure que dans la mesure où ils réduisent l'incidence du tétanos, les soins périnataux améliorent l'état de santé du nouveau-né. (voir tableau XIV)

Qu'en est-il pour la mère ? Une étude des cas de décès des femmes à l'âge de procréation pendant les 18 mois allant de mai 1975 à octobre 1976 nous a permis d'estimer le taux de mortalité à 6,8 pour 1000 par an pour les femmes de Trou Chouchou, et à 9,6 pour 1000 par an pour les femmes de Grand-Goâve.

La distribution des causes de la mortalité pour ce groupe de femmes a aussi été étudiée d'après une enquête sur les causes de la mortalité dans le groupe d'âge de 15 – 49 ans en tenant compte de la difficulté d'établir ces causes à partir d'une reconstitution du cas avec l'aide de la famille. Sur un total de 180 cas de décès

investigués par deux médecins, 87 soit 48,3 %sont des femmes. Le tableau suivant nous montre que la tuberculose est responsable de 26,4 % des cas contre 13,8 % pour le système cardio-vasculaire et 12,6 % pour les complications liées à la maternité et au post-partum. (voir tableau XV en annexe)

Il est difficile de tirer des conclusions de ces observations. On remarque simplement que les maladies infectieuses, notamment la tuberculose, demeurent un facteur important touchant l'état de santé des femmes à l'âge de procréation.

FACTEURS QUI INFLUENCENT L'ACCES AUX SOINS MEDICAUX.

A. Méthodologie

a) Choix de l'échantillon

Pour choisir notre échantillon, nous avons établi la liste de toutes les femmes de Trou Chouchou et de Grand-Goâve qui ont accouché de mai à octobre 1976, tout en n'ayant reçu aucun soin durant la grossesse. Nous y avons ajouté les femmes dont les enfants étaient morts avant l'âge d'un mois pendant cette même période. Finalement, nous avons aussi inclus les cas de mortalité des femmes à l'âge de procréation pendant l'année 1976.

Pour obtenir un échantillon réellement représentatif, il nous aurait fallu choisir complètement au hasard un nombre de cas déterminés. Cela n'a pas été possible à cause de la distribution géographique des localités; très éloignées les unes des autres, elles sont en outre

mal desservies par les moyens de transport. Nous avons donc choisi notre échantillon par groupements géographiques, c'est-à-dire que nous nous sommes rendus dans les localités qui avaient trois ou quatre cas et y avons interviewé autant de cas que possible.

Une fois l'échantillon choisi, un rendez-vous fixe fut pris avec chacune des familles auxquelles nous nous intéressions par le truchement de l'agent ou du collaborateur communautaire. Celui-ci nous a accompagné dans toutes nos visites afin de nous présenter aux intéressés et de créer autant que possible un climat favorable au libre échange d'informations. La plupart des femmes que nous n'avons pu interviewer étaient absentes pour raison de travail : elles ne pouvaient sacrifier une journée de récolte ou de commerce. Nous avons pu interviewer 26 cas, dont 10 à Trou chouchou et 16 à Grand-Goâve.

b) Description de l'interview

Notre interview avait deux buts :

(1) d'enquêter, en cas de décès sur la cause de ce décès et les soins reçus par la personne pendant sa maladie; en cas de grossesse non suivie ou de mortalité infantile, sur le déroulement de la période de grossesse, les problèmes auxquels la femme a dû faire face et les solutions apportées à ces problèmes.

(2) de déterminer les facteurs qui amènent les personnes en question à certaines sources de soins et ceux qui les empêchent d'aller à d'autres.

Pour atteindre ces buts, nous avons mené une conversation guidée en trois parties :

a) afin de situer le sujet pour nos interlocuteurs, nous avons posé des questions sur les détails spécifiques de la maladie ou de la grossesse.
b) nous avons demandé à la famille de reconstruire l'histoire chronologique des interactions entre celle-ci et les sources de soins consultées. Nous voulions ainsi obtenir la version directe de la famille avec le moins de questions possibles et déduire, de ce récit libre, les facteurs qui avaient empêché ou facilité ces interactions
c) nous avons posé des questions précises à propos de certains facteurs déterminés tels que la distance parcourue, l'argent dépensé et l'accueil reçu au cours de ces interactions.

B. Résultats

D'après le récit libre et les réponses à nos questions, nous avons interprêté les facteurs qui avaient influencé le déroulement de chaque cas. Nous avons noté tous les facteurs jouant un rôle dans le cas, ne voulant pas introduire notre jugement personnel dans l'interprétation de l'importance relative des divers facteurs.

Comme le montre le tableau sommaire de nos interviews, nous avons noté une moyenne de trois facteurs par cas. Ayant additionné le nombre total des facteurs, nous avons pu déterminer le pourcentage de fois qu'un facteur particulier avait été mentionné. Ainsi il nous a été possible d'estimer la valeur relative des facteurs pour la population sous l'angle de la fréquence avec laquelle chacun a joué un rôle dans le déroulement d'un cas.

Nous avons recensé six facteurs qui tombent dans deux catégories au cours de l'interprétation de nos cas : les facteurs propres au système médical (distance, accueil et organisation du système de prévision des services et ceux qui sont propres à la population (mentalité, économie et migration). Le tableau XIII et le graphique I de l'annexe illustrent l'importance relative de ces facteurs à Trou Chouchou, à Grand-Goâve et dans l'ensemble des deux aires. Dans notre discussion, nous proposons une définition de chaque facteur et énumérons les cas que nous considérons comme ayant été influencés par ce facteur.

C. Discussion

1. Facteurs propres au système médical

a) Accueil : Inclus ici sont tous les cas qui ont eu à mentionner :

- l'absence du médecin quand ils se rendaient au dispensaire
- l'attitude désagréable ou méprisante du personnel à leur égard ou un manque de compréhension de leur situation
- un manque d'explication de leur état de santé et de la méthode de leur traitement. Ce facteur, du point de vue des interviews, est beaucoup plus important à Grand-Goâve (16 %) qu'à Trou Chouchou (4 %).

b) Distance

La distance à parcourir pour se rendre au dispensaire a été évaluée en fonction du nombre d'heures de marche nécessaire pour y arriver, de la qualité du terrain à parcourir, de la possibilité d'avoir des moyens de transport pour le patient. Nous avons aussi inclus des

cas où la durée de la maladie était très courte surtout par rapport à la durée de la marche nécessaire pour se rendre au centre de santé. Ce facteur est plus important à Trou Chouchou (21 %) qu'à Grand-Goâve (7 %).

Il est intéressant de noter que tous les interviewés de Grand-Goâve se rendaient au dispensaire de Grand-Goâve quand ils voulaient avoir recours à la médecine moderne bien qu'ils ne soient pas toujours satisfaits des conditions d'accueil.

Parmi les interviewés de Trou Chouchou, aucun ne fréquentait le dispensaire de Vialet, le plus proche d'eux; pour bénéficier d'un meilleur accueil, ils préféraient surmonter le problème de la distance supplémentaire et aller se faire soigner à Petit-Goâve. Pour se rendre au dispensaire de Grand-Goâve, les interviewés marchaient entre 5 minutes à deux heures; ceux de Trou Chouchou, qui se trouvaient à 2 ou 3 heures du dispensaire de Vialet, marchaient deux heures de plus ou préféraient payer 4 gourdes de transport public pour se rendre à Petit-Goâve.

c) Organisation du Système médical

Ce facteur dont la valeur relative est la plus importante à Trou Chouchou, se rapporte à notre système d'orientation du malade et à la façon dont est assurée la continuité des services pour le traitement d'un cas particulier. Nous avons inclus ici tous les cas qui se sont sentis perdus ou désemparés à cause du fait qu'ils ont dû aller dans plusieurs centres pour se faire soigner compte-tenu du manque de communications entre ces centres. Nous avons aussi inclus tous les cas qui, après la prise de contact initiale ne se sentaient pas obligés

de retourner pour une évaluation après une période déterminée; quand leur cas s'aggravait, ils se rendaient à l'hôpital mais bien souvent ne voyaient pas le même médecin, et le contact était aussi difficile à établir qu'à la première fois. Il en résulte un manque de suivi de la plupart des cas et cela entraine des conséquences, surtout si le malade n'est pas bien au courant de la marche de son traitement et se met en tête que le manque de succès du traitement est dû à l'incompétence du centre de santé, notamment du médecin.

Nous avons enfin fait entrer dans cette catégorie tous les cas à qui on avait prescrit des médicaments qui ne pouvaient être obtenus qu'à Port-au-Prince, située de 50 ou 70 kilomètres de ces localités. La fréquence de ce facteur est de 29 % à Trou Chouchou et de 18 % à Grand-Goâve, soit une moyenne pour la population totale de 22 %.

II. FACTEURS PROPRES A LA POPULATION

a) Mentalité :

Ce facteur est d'importance égale à celui de l'organisation du système, la moyenne de fréquence étant encore de 22 % . Nous avons inclus ici les cas de fatalisme qui n'avaient pas cherché à se faire soigner, car pour eux l'issue était déjà connue et tous ceux qui témoignaient d'un manque de confiance dans la médecine moderne, ainsi que ceux qui, par manque d'éducation, ne voyaient pas la valeur de la consultation médicale, ou ne «soupçonnaient pas la gravité du cas», ou encore ne «pensaient pas que ça valait la peine de dépenser leur argent». Nous y avons ajouté les cas qui n'ont pas été portés à l'attention médicale

parce que la famille était persuadée qu'il s'agissait d'une maladie «surnaturelle».

b) Economie :

Ce facteur, égal dans les deux populations est le deuxième en importance pour notre échantillon avec une fréquence moyenne de 19 %. En plus du prix de la consultation et du transport, on note le manque d'habits corrects et le sacrifice d'une journée ou d'une demi-journée de travail pour se rendre à cette consultation au nombre des obstacles économiques à l'accès aux soins.

Pour les interviewés, il y avait une association étroite entre la consultation et la prescription. C'est-à-dire que dans plusieurs cas l'importance de la consultation médicale était reconnue, seulement quand la condition économique permettait de se procurer les médicaments. Ainsi, s'il n'y avait pas assez d'argent pour assurer l'achat des médicaments, cela ne valait pas la peine d'aller à l'hôpital.

Nous avons pu observer, au cours des séances surchargées, où le personnel est forcé de consulter un grand nombre de malades en un laps de temps limité, que le seul dialogue qui existe entre patient et médecin est une description de ses symptômes par le premier et, après quelques minutes de réflexion, une explication de la posologie et du mode d'administration des médicaments prescrits par le second. S'il est bon de vouloir augmenter le nombre de patients qui vont à des consultations ou le rendement de médecins, il est en revanche évident qu'un tel état de choses ne peut que renforcer la barrière à l'accès aux soins.

c) Migration

Nous avons déjà signalé, au cours de nos remarques socio-culturelles, la grande mobilité de la population. Ce facteur, en cas de maladie, constitue un obstacle au traitement ou au suivi du cas : le médecin qui avait vu le malade dans sa localité d'origine perd celui-ci de vue, et ce dernier, pour sa part, ne bénéficie de soins ou de consultations dans la localité de destination qu'à son initiative personnelle, qu'à celle de sa famille ou de ses voisins. Encore une fois, nous nous heurtons à l'absence de communication entre les centres de santé de ces deux localités. Ce facteur est de valeur égale dans les deux populations et atteint une fréquence moyenne de 12 %.

En prenant les moyennes de fréquence pour les deux populations, nous constatons que les facteurs les plus importants influençant l'accès aux soins médicaux dans la population étudiée sont ceux de l'organisation du système médical et de la mentalité de la population. Ces deux facteurs sont suivis de très près par le facteur d'économie. En troisième place viennent les facteurs de distance, d'accueil et de migration de la population.

IV. Facteurs propres au milieu socio-culturel

Nous avons déjà dit que la couverture de la population par la médecine traditionnelle atteignait le taux de 16 guérisseurs pour mille. Nous ne les avons pas pris en compte dans notre analyse quantitative, notre étude ne nous permet donc que quelques remarques qualitatives sur les facteurs qui facilitent l'utilisation de la médecine traditionnelle. Premièrement, il y a l'élément de la présence. La plupart des interviewés en parlant des guérisseurs, disent : «Ils sont toujours là»; par ail-

leurs, on peut toujours faire chercher un guérisseur, car on sait qu'il se déplacera pour venir traiter le malade à domicile.

Sur le plan social aussi, ces guérisseurs sont tous à la portée de la population. Ainsi, il est possible de consulter un guérisseur «pas que cé moun pam»*; ou encore d'aller exposer ses griefs à un guérisseur qui n'a pas su satisfaire les besoins du malade. En plus, dans bien de cas, des théories élaborées sont fournies au malade ou à sa famille.

Ces théories, fort souvent fausses, permettent d'abord d'établir un lien de communication entre guérisseur et patient, et ensuite de satisfaire le besoin du malade d'avoir une explication de ses malheurs.

Enfin, du côté économique, on note que les «patients» du guérisseur ne sont forcés de le payer que lorsque son traitement a un résultat positif.

A part ces grandes lignes, nous n'avons pu, au cours de nos recherches, déterminer dans quelle mesure les pratiques de la médecine moderne vont à l'encontre des croyances et coutumes de notre population paysanne. L'importance de ce sujet n'en est pas moindre à nos yeux, tout au contraire. Mais ces informations si importantes pour une bonne connaissance et une meilleure compréhension de notre paysannerie et de sa mentalité ne peuvent être obtenues qu'après une fréquentation assidue et de longs entretiens où un climat de confiance entre enquêteur et population a été vraiment établi. Il ne nous reste qu'à encourager les efforts des chercheurs dans cette branche, spécialement ceux du sociologue attaché au projet, dont les travaux préli-

(*) parce que c'est une connaissance

minaires nous ont été fort utiles pour notre rapport. Nous espérons qu'avec plus d'informations sur ces croyances, il sera possible d'incorporer certains éléments dans le contexte de la médecine moderne, afin de la rendre plus accessible à notre population.

VALIDITE

Notre échantillon n'est pas représentatif, de la population desservie par le Projet. Nous avons présenté la situation telle qu'elle existe dans certaines localités sélectionnées du Projet. Nos remarques peuvent donner une idée de l'étendue du problème. Il faut souhaiter que d'autres travaux de recherche soient entrepris afin de déterminer si les localités étudiées sont vraiment représentatives de la population en général. Si oui, notre étude pourrait servir de point de départ, car elle décrit une situation donnée offrant des éléments de comparaison; elle signale aussi des facteurs auxquels il faut prêter attention, donnant ainsi une direction à d'autres travaux de recherche.

CONCLUSIONS ET SOLUTIONS PROPOSEES

Face à l'ensemble des problèmes de santé de la collectivité rurale haitienne, nous savons bien que la solution la plus efficace, dirigée à la source des problèmes, est celle du développement communautaire qui augmenterait le niveau socio-économique du paysan, lui garantirait un niveau plus élevé d'éducation, améliorerait les conditions sanitaires du milieu et diminuerait son isolement en établissant de meilleures voies de communication. Dans la mesure où cette solution reste un peu utopique, nous voulons ici présenter des solutions ap-

plicables à la situation actuelle et fondées directement sur des observations de l'étude.

1. Dans le cadre d'une organisation qui utilise les ressources humaines du milieu, il est possible de toucher non pas 4 à 10 % – niveau atteint par les structures fixes et centrales – mais une moyenne de 50 à 80 % de la population visée.

2. Si, en plus, l'on considère que le plus gros obstacle à l'accès aux soins médicaux est celui du suivi des cas et de l'orientation des malades, on peut penser que c'est en utilisant les ressources du milieu qu'on a le plus de chance de résoudre ce problème d'accès. L'agent communautaire, la matrone ou la ressource humaine la plus proche de la population devrait être chargée du suivi des cas dans le but de faciliter le passage de sa clientèle à travers notre système médical.

Des moyens bien clairs et déterminés d'utilisation de ces diverses ressources devraient être établis en relation étroite avec les médecins des structures fixes et les autres travailleurs de la santé.

Il faudrait établir aussi un système de distribution périodique des services qui ne sont pas couramment offerts à la population dans la région même. Par exemple, des séances de consultations pourraient être faites périodiquement par des spécialistes qui ne sont pas représentés à l'hôpital; de même une pharmacie mobile pourrait renouveler le stock des médicaments rares périodiquement.

3. L'éducation de la population est de beaucoup faci-

litée si la valeur des services de santé est mise en évidence par des résultats concrets. L'accès aux soins dépend de la mesure où ils répondent à des besoins perçus de la population,d'où la nécessité de bien informer la population avant d'entreprendre toute intervention.

4. Dans le contexte actuel deux solutions pourraient être proposées au problème économique. La première serait un effort d'éducation des patients afin qu'ils soient mis un peu plus au courant de leur pathologie, de la méthode du traitement et de la valeur relative des médicaments dans l'ensemble du traitement. La seconde serait d'envisager, avec le concours des conseils communautaires, l'organisation de pharmacies communautaires qui contribueraient à réduire le coût des médicaments.

5. L'attitude du personnel est un facteur difficile à modifier excepté si on le fait à tous les niveaux, du réceptioniste au médecin. Ce facteur est d'autant plus important qu'il influe sur tous les autres : le mauvais accueil renforce l'habitude d'attendre que le cas soit vraiment très grave pour forcer l'attention du personnel médical. Il aggrave les problèmes d'économie et de distance en obligeant la famille à dépenser plus et à aller plus loin pour le traitement. En mettant l'accent sur le travail d'éducation qui peut être accompli à tous les niveaux du personnel, on devrait arriver à stimuler un début de dialogue réel et à créer le climat de chaleur et de compréhension humaine si important à notre population.

6. Si nous avons accès aux femmes enceintes dans une proportion de 80 à 90 % pendant la période prénatale, ne devrions-nous pas saisir cette chance pour trai-

ter les problèmes importants qui dégradent la santé du groupe de femmes à l'âge de procréation ? Il faudrait changer un peu l'optique de la consultation prénatale pour qu'elle ne se borne pas à assurer l'état de santé de l'enfant et à éviter les problèmes purement obstétriques. Elle pourrait ainsi inclure une évaluation plus complète de l'état de santé général de la femme. Par exemple, un dépistage des cas de tuberculose parmi les femmes enceintes permettrait non seulement d'améliorer la santé des individus, mère et enfant, mais contribuerait aussi de façon notable à la lutte générale contre la tuberculose. D'une manière générale, en portant plus d'attention à l'examen médical de la femme enceinte, on pourrait influencer plus sensiblement l'état de santé de nos mères potentielles et par ainsi faciliter l'accès aux soins prénataux en rendant plus évident leur effet bénéfique.

TABLEAU I

AIRE: TROU CHOUCHOU, GRAND-GOAVE, 7ème GERARD, MEILLEUR

1ère TETE-A-BOEUF - 1er JUIN 75 - 31 MAI76

NAISSANCES VIVANTES ENREGISTREES PAR MOIS

MOIS DE NAISSANCE	NAISSANCE PAR MOIS ET PAR AIRE			TOTAL
	TROUCHOUCHOU	GRAND-GOAVE	MEILLEUR	
Juin	40	29	24	93
Juillet	41	40	33	114
Août	43	30	44	117
Septembre	43	46	47	136
Octobre	46	33	38	117
Novembre	22	33	32	87
Décembre	32	48	34	114
Janvier	40	54	25	119
Février	32	39	36	107
Mars	49	47	34	130
Avril	26	47	36	109
Mai	45	16	38	99
TOTAL	459	462	421	1.342

TABLEAU II

TAUX DE MORTALITE SELON SEXE, AGE ET AIRE GEOGRAPHIQUE

DU 1er JUIN 75 AU 31 MAI 76

	TROU CHOUCHOU		GRAND GOAVE		MEILLEUR	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
0 ,	157	138	118	100	78	76
1 - 4 ans	12	21	33	39	37	26
5 - 14 ans	2,3	2,6	6,1	4,7	3,4	4,7
15 - 44 ans	6,5	6,4	11,7	9,9	2,3	9,1
45 - 74 ans	20	18	22	25	32	24
75 et plus	132	98	171	164	221	163
Tous les âges	16	16	18	20	17	17

TABLEAU III

ETAT NUTRITIONNEL A TROU CHOUCHOU - G.GOAVE - MEILLEUR

JUIN 1975 - DECEMBRE 1976

(CLASSIFICATION SELON GOMEZ BASSEE SUR LES STANDARS DE STUART)

Zones	DATE	ENFANTS ENFANTS ENRE-GISTRES	PESES PESES Nbre	%	NORMAUX Nbre	%	M-I Nbre	%	M-II Nbre	%	M-III Nbre	%
TROU	6/75	1639	1185	72,3	404	34,1	476	40,2	252	21,2	53	4,5
CHOUCHOU	9/75	1639	1106	67,5	368	33,3	447	40,2	229	20,7	62	5,6
	12/75	1692	1144	67,6	356	31,1	451	39,4	262	22,9	75	6,6
	3/76	1783	1231	69,0	425	34,6	547	44,4	218	17,7	41	3,3
3773	6/76	2036	1376	67,1	410	30,0	632	46,2	287	21,0	38	2,8
	9/76	2036	1376	67.6	383	27.8	621	45,1	318	23.1	54	3,9
	12/76	2036	1030	50,6	242	23,5	450	43,7	297	28,8	41	4,0
Moyenne				65,6		30,1		42,9		22,1		4,3
GRAND-GOAVE	7/75	1752	888	50,6	327	36,8	336	37,8	181	20,4	44	5,0
	10/75	1753	563	32,1	191	33,9	198	35,2	130	23,1	44	7,8
	1/76	1624	828	51,0	296	35,7	303	36,6	187	22,6	42	5,1
	5-6/76	1683	577	34,3	175	30,3	253	43,8	129	22,4	20	3,5
	8-9/76	1717	553	32,2	173	31,3	236	42,7	134	24,2	10	1,8
	11-12-76	1706	291	17,0	79	27,1	137	47,1	62	21,3	13	4,5
Moyenne				36,2		33,5		39,5		22,2		4,7
MEILLEUR	8/75	[illegible]	1283	74,2	436	34,0	422	33,0	332	25,8	93	7,2
	11/75	1729	859	49,7	197	23,0	308	35,8	254	29,6	100	11,6
	2/76	2115	1167	55,2	285	24,4	451	38,6	355	30.4	76	6,5
	4/76	1744	1366	78,3	376	27,5	539	39,4	359	26,2	92	6,8
	8-9/76	1670	1188	71,1	227	19,1	475	40,0	397	33,4	89	7,5
	11-12-76	1670	1152	69,0	249	21,6	483	41,9	358	31,1	62	5,4
Moyenne				65,8		25,2		38,2		29,3		7,3

N.B.- Les pourcentages reflètent imparfaitement la prévalence des différents degrés "Gomez" de malnutrition dans les aires intéressées lorsqu'une faible proportion des enfants sont pesés.

TABLEAU IV

TAUX D'IMMUNISATION DES TROIS AIRES D'ACTION

(Actualisé le 31 Décembre 1976)

Groupe d'âge

Groupe d'âge	TROU CHOUCHOU		MEILLEUR	GRAND GOAVE	TOTAL
Enfants 0 - 4 ans		1770	1806	1885	5461
	DTP				
	1ère dose	100 %	100 %	100 %	100 %
	2ème dose	100 %	100 %	881 %	93 %
	3ème dons	100 %	100 %	76 %	92 %
Enfants0-- 6 ans	POLIO				
	1ère dose	100 %	100 %	100 %	100 %
	2ème dose	94 %	88 %	54 %	78 %
	3ème dose	45 %	57 %	55 %	45 %
Enfants 0 - 14 ans		4285	4929	4583	13797
	BCG	84 %	88 %	90 %	88 %
Adultes et Adolescents (7-15 ans)		8391	11019	9365	8775
	TOXOIDE				
	1ère dose		100 %	98 % 100 %	99 %
	2ème dose		98 %	87 % 66 %	84 %
	3ème dose		81 %	80 % 73 %	68 %

TABLEAU V

AIRE DE GRAND-GOAVE
FEMMES ENCEINTES SUIVIES SELON NOMBRE DE CONSULTATIONS
DE DOSES DE VACCIN ANTI-TETANIQUE
ET DATE DE L'ACCOUCHEMENT

Pourcentage des Accouchements *

Nombre de consultations	5 - 75 à 10 - 75	11 - 75 à 4 - 76	5 - 76 à 10 - 76
1 cons.	14,0	7,8	9,1
2"	6,5	7,8	11,0
3 "	15,9	14,0	33,0
4 "	7,9	17,8	17,2
0 "	20,1	14,0	16,7
Rapport incomplet	18,2	24,4	11,5
Nombre de doses			
1 dose	16,4	8,9	8,1
2ème dose	8,4	16,7	12,4
3ème dose ou rappel	22,4	35,7	57,4
0	17,3	12,4	12,9
Rapport incomplet	18,2	12,0	7,7
Nombre de consultat. ou doses			
0 cons.	20,1	14,0	16,7
0 dose.	17,3		
0 dose.	17,3	12,4	12,9
au moins 1 consultation	44,3	47,4	70,3
au moins 3 cons.	23,8	31,8	50,2
au moins 1 dose	47,2	61,3	77,9
3 doses ou rappel	22,4	35,7	57,4
Rapport incomplet (1)	18,2	18,2	9,6
Pas de rapport	17,3	14,3	1,4

(1) Le pourcentage de rapports incomplets est la moyenne du pourcentage des rapports incomplets pour les consultations et pour les doses de vaccin.

* Pour les nombres absolus qui ont donné ces pourcentages, voir le tableau XIII

TABLEAU VI

AIRE DE GRAND-GOAVE

FEMMES ENCEINTES SUIVIE SELON NOMBRE DE CONSULTATIONS OU DE DOSES DE VACCIN ANTITETANIQUE ET DATE DE L'ACCOUCHEMENT

Nombre de consultations	5 - 75 à 10 - 75	11 - 75 à 4 - 76	5 - 76 à 10 - 76
1)	30	20	19
1) 2)	14	20	23
3)	34	36	69
4)	17	46	36
0	43	36	35
Rapport incomplet	39	63	24
Total de naissances enquêtées	177	221	206
Nombre de doses			
1)	35	23	17
2)	18	43	26
/) ou rappel	48	92	120
0)	37	32	27
Rapport incomplet	39	31	16
Total de naissances enquêtées	177	221	206
Naissances non enquêtées	37	37	3
Total	214	258	209

TABLEAU VII

AIRE DE TROU CHOUCHOU

FEMMES ENCEINTES SUIVIES SELON NOMBRE DE CONSULTATIONS

BE DOSES DE VACCIN ANTI-TETANIQUE

ET LA DATE DE L'ACCOUCHEMENT

	Pourcentage des accouchements *		
Nombre de consultations	5 - 75 à 10 - 75	11 - 75 à 4 - 76	5 - 76à 10 - 76
1 consultation	17,9	20,7	12,6
2 "	20,6	21,7	20,9
3 "	15,9	30,0	46,0
4 et plus	2,3	4,4	1,4
	27,2	11,8	4,7
Rapport incomplet	14,4	11,3	14,0
Nombre de doses			
1 dose	18,3	33,9	3,3
2 "	35,3	12,3	5,3
3 ou rappel	35,8	77,3	77,2
0	3,5	2,0	1,9
Nombre de consultations ou de doses			
0 consultation	27,2	11,8	4,7
0 dose	3,5	2,0	1,9
au moins 1 consultation	56,7	76,8	80,9
au moins 3 consultations	18,2	34,4	47,4
au moins 1 dose	89,5	93,5	86,1
3 doses ou rappel	35,8	77,3	77,2
rapport incomplet (1)	9,9	7,9	12,8
pas de rapport	1,6	0	0,5

(1) Le pourcentage de rapports incomplets est la moyenne du pourcentage de rapports incomplets pour les consultations et pour les doses.

Pour le nombre absolus qui ont donné ces pourcentages, voir le tableau suivant

(XV)

ports incomplets pour les consultations et pour les doses. DE 0 76 à 10 - 76 11,8

33,9 5,6 rapport

TABLEAU VIII

AIRE TROU CHOUCHOU
FEMMES ENCEINTES SUIVIES SELON LE NOMBRE DE CONSULTATIONS PRENATALES
DE DOSES DE VACCIN ANTITETANIQUE ET DATE DE L'ACCOUCHEMENT

Nombre de consultations	Date de l'accouchement		
	2-75 à 10-75	11-75 à 4-76	5-76 á 10-76
1 consultation	46	42	27
2 "	53	44	45
3 "	41	61	99
4 plus	6	9	3
Rapport incomplet	70	24	10
Rapport incomplet	37	23	30
Total de naissances investiguées	253	203	214
Nombre de doses			
1 dose	47	8	7
2 "	91	25	12
3 öu rappel	92	157	166
0	9	4	4
Rapport incomplet	14	9	25
Total de naissances enquêtées	253	203	214
Naissances non emquêtées	4	0	1
Total	257	203	215

TABLEAU IX

AIRE DE GRAND-GOAVE

FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR ZONE SELON NOMBRE DE CONSULTATIONS ET DOSES DE VACCIN ANTITETANIQUE ET DATE D'ACCOUCHEMENT: 5-76 à 10-76

Nombre de consul.	Zone I		Zone II		Zone III		Zone IV		Zone V	
	part.	%	part.	%	part.	%	part.	%	part	%
1 consultation	2	6,3	6	8,5	1	2,1	3	11,5	7	19,1
2 "	4	12,5	4	5,6	6	12,5	3	11,5	6	16,1
3 "	2	6,3	28	39,4	24	50,0	2	7,7	13	36,1
4 plus	16	50,0	14	19,7	3	6,3	1	3,8	2	5,6
0	6	18,8	8	11,3	4	8,3	10	38,5	7	19,4
Rapport incomp.	2	6,3	7	9,9	10	20,8	4	15,4	1	2,8
Nombre de soses										
1 dose	2	6,3	7	9,9	2	4,2	3	11,9	3	8,3
2 "	n7	21,9	3	4,2	9	18,8	4	15,4	3	8,3
3 " ou rappel	19	59,4	42	59,2	25	52,1	10	38,5	24	66,7
0	3	9,4	10	14,1	3	6,3	6	23,1	5	13,9
Rapport incomp.	1	3,1	5	7,0	9	18,8	0	-	1	2,8
Pas de rapport	52		67		48		23		36	
(1)	0		4	5,6	0		3	11,5	0	-
Total des nais.	32	100,0	71	100,0	48	100,0	26	100,0	36	100,0
	-2				-1				-1	

POURCENTAGE DES NAISSANCES DE CHAQUE ZONE

Nombre de consultations ou de doses	Zone I	Zone II	Zone III	Zone IV	ZoneV
0 consultation	18,8	11,3	8,3	38,5	19,4
	9,4	14,1	6,3	23,1	13,9
au moins 1 consul.	75,1	73,2	70,9	34,5	77,8
au moins 3 consul.	56,3	59,1	56,3	11,5	41,7
au moins 1 dose	87,6	73,3	75,1	65,4	83,3
3 doses ou rappel	59,4	59,2	52,1	38,5	66,7
Rapport incomplet (2)	4,7	7,8	19,8	15,4	2,8
Pas de rapport	0,0	5,6	0,0	11,5	0,0

(1) Le total des naissances est celui porte sur le registre des naissances pour les zones II et IV

Le total des naissances pour les zones I, III, V est le total des rapports reçus pour ces zones.

(2) Le pourcentage des rapports incomplets est la moyenne du pourcentage de rapports incomplets pour les consultations et pour les doses.

TABLEAU X

AIRE DE TROU CHOUCHOU

FEMMES ENCEINTES SUIVIES PAR ZONE SELON NOMBRE DE CONSULTATIONS ET DOSES

DE VACCIN ANTITETANIQUE

DATE D'ACCOUCHEMENT: 5-75
à 10-76

Nombre de consul.	Zone I		Zone II		Zone III		Zone IV		Zone V	%
	part.	%	part.	%	part.	%	part.	%	part.	%
1 consultation	7	11,9	3	4,8	1	4,8	4	6,7	11	24,4
2	16	27,1	5	16,1	4	19,0	9	15,0	11	24,4
3	26	44,1	15	48,4	4	19,0	38	63,3	15	33,3
4	4	6,8	0	0	0	0	1	1,7	1	2,2
0	4	6,8	0	0	1	4,8	2	3,3	2	4,4
Rapport incompl.	1	1,7	8	25,8	10	47,6	6	10,0	5	11,1
Nombre de doses										
1 dose	0	0	0	0	1	4,8	1	1,7	5	11,1
2 *	5	8,5	0	0	1	4,8	2	3,3	4	8,9
3 ou rappel	50	84,7	26	83,9	8	38,1	51	85,0	32	71,1
0	3	5,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Rapport incomp.	0	0	5	16,1	10	47,6	6	10,0	4	8,9
	58									
pas de rapport	1	1,7	0	0	1	4,8	0	0	0	0
Total nais.	(1) 59	100,1	31	100 ,1	21	100,0	60	100,0	45	99,0

POURCENTAGE DES NAISSANCES DE CHAQUE ZONE

Nombre de consul. OU DE dose	Zone I	Zone II	Zone III	Zone IV	Zone V
0 consultation	6,8	0,0	4,8	3,3	4,4
0 dose	5,1	0,0	0,0	0,0	0,0
au moins 1 c.	89,9	74,2	42,8	86,7	84,3
au moins 3 c.	50,9	48,4	19,0	65,0	35,5
au moins 1 d.	93,2	83,9	47,7	90,0	91,1
3 doses ou rap.	84,7	83,9	38,1	85,0	71,1
Rap. incomp. (2)	1,7	21,0	47,6	10,0	10,0
pas de rapport	1,7	0,0	4,8	0,0	0,0

(1) Le total des naissances est celui porté sur le registre des naissances pour les zones I, II, III, V

Le total des naissances pour la zone IV est le nombre total de rapports reçus

(2) Le pourcentage de rapports incomplets est la moyenne du pourcentage de rapports incomplets de consultations et pour les doses anti-tétanique.

TABLEAU XI

NAISSANCES VIVANTES PAR LIEU D'ACCOUCHEMENT

1-6-75 à 31-5-76

AIRE	CENTRE HOSPITALIER	A DOMICILE MATRONES	A DOMICILE INCONNU OU AUTRES	TOTAL DES NAISSANCES
TROU CHOUCHOU	18 (4%)	413 (90%)	29 (6%)	459
GRAND GOAVE	59 (13%)	301 (65%)	102 (22%)	462
MEILLEUR	4 (1%)	324 (77%)	93 (22%)	421

TABLEAU XII

FRENQUENCE DE MENTION DE CERTAINS FACTEURS

INFLUENCANT L'ACCES AUX SOINS MEDICAUX

SELON L'AIRE

FACTEURS	Grand-Goâve		Trou Chouchou		TOTAL	
ACCUEIL	7	(15,9%)	1	(3,6%)	8	(11,1 %)
DISTANCE	3	(6,8 %)	6	(21,4 %)	9	(12,5 %)
ORGANISATION	8	(18,2 %)	8	(28,6 %)	16	(22,2 %)
MENTALITE	11	(25,0 %)	5	(17,9 %)	16	(22,2 %)
ECONOMIE	9	(20,5 %)	5	(17,9 %)	14	(19,4 %)
MIGRATION	6	(13,6 %)	3	(10,7 %)	9	(12,5 %)
TOTAL	44		28		72	

FIGURE I

FREQUENCE DE MENTION DE CERTAINS FACTEURS INFLUENCANT L'ACCES AUX SOINS MEDICAUX

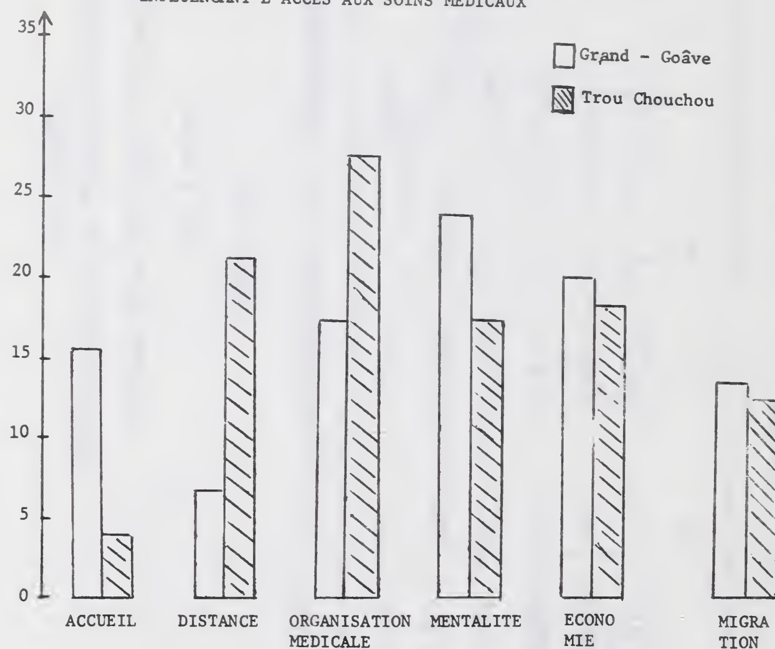


TABLEAU XIV

MORTALITE DES ADULTES DANS L'AIRE DE TROU CHOUCHOU

ANALYSE COMPAREE DE 6 MOIS EN 1975

A LA MEME PERIODE EN 1976

1er AVRIL AU 30 SEPTEMBRE 1976

AGE	DU 1 AVRIL 1975 AU 30 SEPTEMBRE 1975		DU 1 AVRIL 1976 AU 30 SEPTEMBRE 1976	
	Nombre de décès	Cause *	Nombre de décès	Cause *
15 - 44 ans	8 2	2 T.B 2 "oedème" 1 toxemie 3 autres ou ininconnu	8	2 "crise abdominale" 1 fièvre post-partum 1 suicide 1 gastro-entérite 1 fièvre 2 inconnu
45 - 74 ans Taux	15	2 T.B 13 autres ou inconnu	13	3 T.B 2 oedème d'origine inconnu 4 complications de sénilité 2 "crise de douleur abdominale" 2 gastro-entérite
75 ans et plus	11	11 complications de sénilité	9	
Total adultes	34		35	

* Voir note précédente au bas du tableau XIV

TABLEAU XV

PRINCIPALES CAUSES DES DECES DE 87 FEMMES

PROJET INTEGRE (AVRIL 1975 - JUIN 1977)

CAUSES	NOMBRE	%
Tuberculose	23	26,4
Système Cardio-vasculaire	12	13,8
Mortalité maternelle	11	12,6
Malaria	5	5,7
Infection intestinale	6	6,9
Cancer	5	5,7
Ulcus Gastro-duodenal	3	3,4

CHAPITRE VII

COUT–EFFICACITE DES ACTIVITES DU PROJET INTEGRE DE SANTE ET DE POPULATION DE PETIT–GOAVE

INTRODUCTION

Principes et définitions

Les objectifs des activités d'un programme de santé communautaire visent l'amélioration de l'état de santé des membres de la communauté. Il existe plusieurs méthodes d'évaluation de l'état de santé d'une communauté, mais la mesure la moins discutée est la mortalité parmi les différents groupes d'âge des membres de sa population. Viennent ensuite la prévalence et l'incidence de certaines maladies considérées comme indicateurs pour la région donnée.

Les objectifs peuvent souvent être réalisés par telle ou telle activité. Il importe donc que l'agence responsa-

ble de la programmation choisisse les activités les plus efficientes, l'efficience étant définie comme le rapport entre les dépenses faites pour une activite et sa production. Dans le contexte le terme «production» se rapporte à la diminution quantitative des taux de mortalité, à la diminution de la fréquence d'une ou de plusieurs maladies, à l'augmentation de l'espérance de vie et des années-personnes de vies sauvées.

Pour la présente étude nous avons limité le concept de «dépenses» au sens de dépenses matérielles et spécifiquement au sens de dépenses pécuniaires, tout en tenant compte du fait que la valeur des ressources humaines peut être difficilement traduite par des chiffres.

D'autre part, les activités ne doivent pas être confondues avec les objectifs; par exemple, la vaccination est une activité. Elle a comme objectif la prévention d'une maladie et de la mortalité qui en découle.

La valeur de la production de cette activité doit être mesurée par la mortalité qu'elle aura prévenue et non par le nombre de vaccins donnés ni par le pourcentage de la population qui a reçu sa vaccination.

Le même principe vaut pour l'éducation nutritionnelle. Loin d'être un objectif en soi, cette activité doit être évaluée, en fonction de la diminution de la fréquence de la malnutrition et de la diminution de la mortalité que l'activité a entrainée.

Le projet intégré de santé et de population (P.I.S.P) a tenu compte des dépenses par activité et observé les taux de mortalité et la prévalence de la malnutri-

tion dans trois aires géographiques différentes. Aussi, lui-a-t-il été possible de faire l'estimation du rapport coût-efficacité de ses activités.

Avant de présenter les éléments devant servir pour l'analyse comparative de la production des activités du P.I.S.P, il est bon de rappeler qu'il n'existe aucun établissement de santé à Trou Chouchou tandis qu'à Meilleur fonctionne un centre de santé et que l'aire de Grand-Goâve dispose d'un dispensaire-hôpital avec douze lits. Dans les trois aires, pour faciliter l'accès des services aux populations éloignées, nous avons institué l'équipe mobile baptisée «équipe communautaire de santé».

Durant la première année de fonctionnement en 1975, l'équipe basée à Petit-Goâve assurait la distribution des services dans les trois zones. Mais vers le milieu de l'année 1976 l'équipe communautaire de santé n'avait à sa charge que Trou Chouchou et l'aire de comparaison. Tandis qu'au niveau de chacun des centres de santé une équipe composée des employés réguliers était chargée d'apporter les services aux localités les plus éloignées.

L'équipe a pour rôle d'offrir aux populations éloignées les mêmes services que les centres, à l'exception des services d'hospitalisation. C'est pourquoi il nous est permis de quantifier les activités menées parallèlement dans les centres et par l'équipe mobile et ensuite d'évaluer le rapport coût-efficacité des centres fixes et des équipes mobiles après une analyse détaillée des dépenses et de la production au niveau de chacune des trois aires d'action du P.I.S.P.

LES ACTIVITES

Les principales activités communes aux centres fixes et aux équipes mobiles sont les suivantes :

1) les consultations
2) les vaccinations
3) les activités de planification familiale
4) l'éducation sanitaire
5) les activités en nutrition

1) Consultations

Chaque fois que dans les stations de ralliement il est possible de trouver une chambre bien aménagée, l'équipe communautaire de santé dispense comme dans les centres fixes des consultations pédiatriques, des consultations prénatales et des consultations pour la planification familiale. Les tableaux suivants permettront de comparer le travail réalisé durant la période allant de juillet 1975 à décembre 1977.

TABLEAU 1 - A

CONSULTATIONS PRENATALES SELON AIRE DE TRAVAIL ET TYPE DE VISITE

AIRE	NAISSANCES VIVANTES	PREMIERES VISITES	VISITES SUBSEQUENTES	RAPPORTS PREMIERES VISITES / NAISSANCES VIV.	TOTAL VISITES / PREMIERES VISITES
Grand-Goâve	1125	1364	2078	1,21	2,52
Meilleur	1055	1239	1242	1,17	2,00
Trou Chouchou	1147	487	342	0,42	1,70
Comparaison	421	244	---	0,58	1,00
TOTAL	3748	3334	3662	0,89	2,10

TABLEAU 1 - B

CONSULTATIONS PEDIATRIQUES SELON AIRE DE TRAVAIL ET TYPE DE VISITE

JUILLET 1975 - DECEMBRE 1977

AIRE	ENFANTS AGES de 0 -14 ans	PREMIERES VISITES	VISITES SUBSEQUENTES	RAPPORTS PREMIERES VISITES / ENFANTS 0 -14 ans	RAPPORTS TOTAL VISITES / PREMIERES VISITES
Grand-Goâve	4526	3777	6167	0,83	2,63
Meilleur	4934	3705	3421	0,75	1,92
Trou Chouchou	4305	4800	12220	1,11	3,54
Comparaison	4126	1078	--	0,26	1,00
TOTAL	17891	13360	21808	0,75	2,63

TABLEAU 1 - C

CONSULTATIONS EN PLANIFICATION FAMILIALE
ET APPROVISIONNEMENT DES CONTRACEPTIFS A DOMICILE
SELON AIRE DE TRAVAIL ET TYPE DE VISITE ET APPROVISIONNEMENT

AIRE	FEMMES AGEES de 15 à 49	PREMIERES VISITES	VISITES SUBSEQUENTES	NOUVEAUX CLIENTS APPROVISIONNES A DOMICILE	APPROVISIONNEMENT TOTAL
Grand-Goâve	2583	265	1131	877	3384
Meilleur	2703	219	425	580	2444
Trou Chouchou	2247	105	72	542	6862
Comparaison	1980	60	—	137	281
TOTAL	9713	649	1526	2135	15107

Bien que l'objectif de la présente étude soit le rapport entre les dépenses faites pour une activité et sa production et non la couverture, il est opportun de souligner que les activités de consultations par les équipes mobiles ont débuté seulement au mois d'octobre 1976 dans l'aire de comparaison et au début de la même année dans les autres aires.

Cependant le nombre de consultations réalisées par aire et selon le type révèle la grande utilité des équipes mobiles dans la couverture des enfants, plus de 50 % des consultations en pédiatrie. Etant donné l'écart entre la mise en train de chaque type d'activité, il est permis d'espérer que les équipes mobiles peuvent garantir une aide encore plus substantielle aux centres fixes.

TABLEAU 2

CONSULTATIONS	TOTAL	* GRAND GOAVE Nbre	%	* MEILLEUR Nbre	%	TROU CHOUCHOU Nombre	+ AIRE TEMOIN %
Prénatales	6996	3442	49,2	2481	35,5	1073	15,3
Pédiatriques	35008	9684	27,7	7226	20,6	18098	51,7
Planning	2259	1395	61,8	644	28,5	220	9,7
TOTAL	44263	14521	32,8	10351	23,4	19391	43,8

Consultations dispensées dans les centres de santé

* Consultations dispensées dans les centres de santé.

2) Vaccinations

Le nombre total de vaccins administrés est présenté dans les tableaux suivants par aire de travail, par dose et par type de vaccin, excepté le vaccin antityphique dont la distribution avait à peine débuté dans les trois aires. Nous présentons ci-après un résumé de toutes les doses administrées par les centres fixes et par les équipes mobiles.

Total doses administrées :	203 336	
par centres fixes :	28 511	(14 %)
par équipes mobiles :	174 825	(86 %)

VACCINS ADMINISTRES PENDANT LES 33 MOIS

ENTRE LE 1er AVRIL 1975 et le 31 DECEMBRE 1977

SUR LES POPULATIONS DESSERVIES

PAR LE PROJET INTEGRE DE SANTE ET DE POPULATION

TABLEAU 3 - A

VACCINS ANTI-TETANIQUES ADMINISTRES

SELON AIRE DE TRAVAIL ET DOSE DE VACCIN

Aire	Populations âgées de 7 ans et plus	1ères doses	2èmes doses	3èmes doses	1ère populations	2ème pop.	3ème pop.
Grand-Goâve	8 770	10 176	6 973	5 705	1,16	0,80	0,65
Meilleur	10 441	8 282	9 153	8 087	0,79	0,88	0,77
Trou Chouchou	8 462	8 043	8 585	7 337	0,95	1,01	0,87
Comparaison	8 017	15 792	7 564	1 021	1,97	0,94	0,13
TOTAL	35 [illegible]90	42 293	32 275	22 150	1,18	0,90	0,62

TABLEAU 3 - B

VACCINS CONTRE DIPHTERIE, COQUELUCHE ET TETANOS
SELON AIRE DE TRAVAIL ET DOSE DE VACCINS

Aire	Populations âgées de 0 - 6 ans	1ères doses	2èmes doses	3èmes doses	Rapports 1ère population	2ème pop.	3ème pop.
Grand-Goâve	2 439	4 663	2 917	2 584	1,91	1,91	1,05
Meilleur	2 448	3 066	2 509	2 317	1,25	0,02	0,95
Trou Chouchou	2 345	2 614	2 816	2 187	1,11	1,20	0,93
Comparaison	2 086	4 277	2 239	538	2,05	0,07	2,26
TOTAL	9 318	14 620	10 481	7 626	1,57	1,12	0,82

TABLEAU 3 - C

VACCINS ANTI POLIO SELON AIRE DE TRAVAIL ET DOSE DE VACCIN

Aire	Population âgée de 0 - 6 ans	1ères doses	2èmes doses	3èmes doses	Rapports 1ère populat.	2ème pop.	3ème pop.
Grand-Goâve	2 439	3 118	1 324	1 086	1,28	0,54	0,44
Meilleur	2 448	2 138	400	131	0,87	0,16	0,05
Trou Chouchou	2 345	2 600	1 741	808	1,10	0,74	0,34
Comparaison	1 086	2 142	216	28	1,03	0,10	0,01
TOTAL	9 318	9 998	3 681	2 053	1,07	0,39	0,22

TABLEAU 3 - D

VACCINS ANTI TUBERCULEUX (BCG) SELON AIRE DE TRAVAIL

Aire	Population âgée de 0 - 14 ans	Vaccins administrés (dose unique)	Rapports Vaccin BCG/population
Grand-Goâve	4 526	4 631	1,02
Meilleur	4 934	3 149	0,64
Trou Chouchou	4 305	4 538	1,05
Comparaison	4 126	5 998	1,45
TOTAL	17 891	18 316	1,02

TABLEAU VI

AIRE DE GRAND-GOAVE

FEMMES ENCEINTES SUIVIE SELON NOMBRE DE CONSULTATIONS OU DE DOSES DE VACCIN ANTITETANIQUE ET DATE DE L'ACCOUCHEMENT

Nombre de consultations	5 - 75 à 10 - 75	11 - 75 à 4 - 76	5 - 76 à 10 - 76
1)	30	20	19
1)			
2)	14	20	23
3)	34	36	69
4)	17	46	36
0	43	36	35
Rapport incomplet	39	63	24
Total de naissances enquêtées	177	221	206
Nombre de doses			
1)	35	23	17
2)	18	43	26
/) ou rappel	48	92	120
0)	37	32	27
Rapport incomplet	39	31	16
Total de naissances enquêtées	177	221	206
Naissances non enquêtées	37	37	3
Total	214	258	209

3) ACTIVITES EN PLANIFICATION FAMILIALE

Les activités de planification familiale sont conditionnées dans une large mesure par la capacité des agents communautaires à motiver et à recruter les clients. Selon la méthode choisie, ceux-ci sont approvisionnés, soit par l'agent communautaire lui-même soit au centre après une consultation médicale préalable. On conçoit dès lors que les équipes mobiles ne peuvent être de bons recruteurs de clients de planning, en raison du caractère sporadique de leur passage à moins d'un rendez-vous préalable arrêté par l'agent communautaire. Le tableau suivant donne les résultats obtenus dans cette activité pour la période de l'étude.

TABLEAU 5

NOMBRE DE CLIENTS PAR AIRE DE TRAVAIL, SOURCE DE RECRUTEMENT,
ET P&UC ET POURCENTAGE DE COUVERTURE
Avril 1975 - Décembre 1977

AIRES	15-49 ans POPULATION	CLIENTS RECRUTES			% POPULATION SUR PLANNING		
		CENTRES	EQ. MOB.	A. COM.	CENTRES	EQ. MOB.	A. COM.
Grand-Goâve	4877	942	-	877	19,3	-	18,0
Meilleur	5922	404	-	580	6,8	-	9,8
Trou Chouchou	8909	-	177	679	-	2,0	7,6
TOTAL	19708	1346	177	2136	6,8	0,9	10,8

Les clients du planning représentent dans l'ensemble 18,6% de la population cible.

4) Education sanitaire

C'est de loin l'activité la plus importante et la plus intense du P.I.S.P. Elle se donne à tous les niveaux : cadres professionnels, personnel médical et paramédical, dans les centres de santé, durant les réunions pour la vaccination, par les agents communautaires au cours des réunions de groupes et des visites domiciliaires, par les collaborateurs communautaires et même par des leaders locaux; on peut affirmer qu'il n'existe aucun aspect du travail qui n'ait d'une façon ou d'une autre bénéficié de l'éducation sanitaire.

5) Activités en nutrition

Ces activités au niveau des centres de santé et des équipes communautaires comprennent surtout l'éducation sanitaire des mères et le contrôle du poids et de la taille des enfants âgés de moins de 5 ans. Ce contrôle a fourni des données qui ont permis la mise en place d'un programme de lutte contre la malnutrition employant trois méthodes distinctes dont la valeur a été analysée dans une étude approfondie réalisée dans le cadre du P.I.S.P et publiée dans le volume intitulé NUTRITION ET SANTE.

LES DEPENSES

Grâce aux archives du service de comptabilité, nous avons pu relever les dépenses pour chaque catégorie d'activité. Cependant en raison de l'interpénétration même de ces activités, nous avons dû évaluer en pourcentage de temps, et partant d'argent, certains services, par exemple l'utilisation des véhicules, les salaires des ca-

dres professionnels et des membres de l'équipe communautaire qui ont aussi œuvré dans d'autres activités, etc. Toutefois nous avons opéré de telle sorte qu'aucun aspect de l'étude ne soit l'objet de discrimination dans la distribution des quotas.

En vue de simplifier les calculs et de les rendre moins fastidueux, nous distinguons les rubriques suivantes : salaires, médicaments, vaccins, transport, matériel, équipements; et sous le vocable «administration», nous rangeons tous les autres types de dépense.

Le tableau 10 résume toutes les dépenses effectuées par aire durant la période d'observation (1er avril 1975 – 31 décembre 1977), tandis que dans les tableaux 11 et 12, nous trouvons, avec tous les détails, le coût total, le coût par visite et par an de l'équipe communautaire de santé. Nous présentons enfin un résumé des dépenses effectuées et en même emps le coût annuel des opérations au niveau de chaque aire.

	2,8 ans	1 an
Trou Chouchou	$ 30 410	$ 10 860
Grand-Goâve	139 191	49 711
Meilleur	97 823	34 936
TOTAL	$ 267 424	$ 95 508

LA PRODUCTION

Nous avons déjà, dans l'introduction de la présente

étude, précisé le sens que nous réservons ici au mot «production» et nous avons en même temps établi que les activités ont nécessairement pour objectif une certaine production. Cette production peut être positive ou négative selon que l'activité a ou n'a pas atteint son objectif.

D'autre part, il est important de noter qu'en raison du du volume des nombreuses données à compiler et à analyser, nous avons dû arrêter la période d'observation de l'étude à la fin du mois de décembre 1977, alors l'année d'observation au Projet intégré s'étend sur les périodes suivantes :

Trou Chouchou, du mois d'avril au mois de mars de l'année suivante; Grand-Goâve, du mois de mai au mois d'avril de l'année suivante, et Meilleur, de juin à mai.

Comme la plupart des résultats, surtout ceux en rapport avec la section de démographie, sont établis d'après ces périodes de douze mois, nous les présentons tels quels, persuadés qu'ils représentent après tout l'impact des activités du P.I.S.P. en vue de l'amélioration des conditions de vie.

Le tableau 6 trace la prévalence des principales causes de décès par âge et par aire pour la première et la 3ème années d'intervention du P.I.S.P. Pratiquement nous avons éliminé le tétanos, la coqueluche et la typhoïde. L'investigation des cas de tétanos ombilical relevés au cours de la 3ème année a révélé qu'il s'agissait ou bien d'une fausse interprétation de la cause du décès ou bien que les cas vérifiés avaient pour origine des femmes arrivées peu de jours avant leurs couches

et qui n'avaient pas fait appel à une matrone entrainée.

Plus significatifs sont les résultats figurés dans les tableaux 7 et 8 (taux de mortalité et espérance de vie). Si nous n'avons pas égalé les taux publiés par l'hôpital Albert Schweitzer pour la région de Deschapelles, d'une façon générale, les taux de mortalité au cours de la 3ème année du P.I.S.P. sont inférieurs à ceux calculés par l'Institut Haitien de Statistiques pour l'ensemble du pays.

De même, l'espérance de vie calculée pour l'ensemble du pays par l'I.H.S est plus faible que celle enregistrée par le P.I.S.P. Bien plus, les valeurs s'améliorent nettement de la première à la troisième année d'intervention.

Dans le domaine de la nutrition, en guise de résultats, nous proposons un résumé des conclusions de l'étude intitulée INTERVENTION EN EDUCATION NUTRITIONNELLE *

«Les deux méthodes (récupération avec démonstration pratique et éducation par leçons orales courbe de poids) parmi les enfants malnourris se sont traduites par des taux de mortalité beaucoup plus bas que les estimations nationales pour leurs groupes d'âge. Bien plus la récupération nutritionnelle a amélioré la survie de l'enfant malnourri et de ses frères et sœurs plus jeunes».

En dernier lieu, dans ce chapitre de la production, nous présentons les taux de fécondité calculés par âge pour les trois aires d'intervention (tableau 9). A Meilleur s'observent les taux les plus bas et à Trou Chouchou,

* *voir volume NUTRITION ET SANTE*

les taux les plus élevés. Dans les différents groupes d'âge par contre, cette différenciation (prédominance d'une aire sur l'autre) n'est pas constante. Toutefois c'est à Trou Chouchou que nous avons obtenu le meilleur résultat; en témoigne le tableau suivant :

TAUX DE FECONDITE

Trou Chouchou		Grand-Goâve	Meilleur
1975-1976	216,6	177,8	139,9
1977-1978	181,4	151,5	129,1
Différence	– 35,2	– 26,3	–10,8

COUT–EFFICACITE

Si nous récapitulons les deux chapitres précédents, nous observons que pour des services analogues, les équipes mobiles fournissent davantage que les centres fixes. Par exemple à Trou Chouchou sont réalisés 44 % du total des consultations contre 33 % à Grand-Goâve et 23 % à Meilleur. En ce qui concerne les injections de vaccins, les équipes mobiles ont réalisé 86 % du total.

Par contre, les dépenses sont plus fortes pour les centres fixes que pour les équipes mobiles, soit cinq fois plus et trois fois plus respectivement à Grand-Goâve et à Meilleur. Dans le même temps la «production» est bien plus haute à Trou Chouchou. En comparant la première année d'observation avec la troisième nous relevons les résultats importants suivants :

1) A Trou Chouchou, la mortalité infantile est passé de 130 p. 1000 à 90 p. 1000 alors qu'elle a seulement

baissé de 108 p. 1000 à 90 p. 1000 à Grand-Goâve et est montée à Meilleur de 78 à 89 p. 1000. Selon le démographe du P.I.S.P cette hausse à Meilleur serait en relation avec des phénomènes migratoires, ou une sous estimation au cours de l'année du début du projet.

2) Le taux brut de mortalité a également baissé dans les 3 aires mais dans les proportions suivantes :

Trou Chouchou :	14 %
Grand-Goâve :	20 %
Meilleur :	5 %

3) La diminution du taux de fécondité à la 3ème année représente les pourcentages suivants du taux à la 1ère année :

Trou Chouchou :	16 %
Grand-Goâve :	15 %
Meilleur :	7 %

L'effet de l'abaissement des taux de mortalité et de l'amélioration de l'espérance de vie a été mesuré sur la base d'années-personnes épargnées, c'est-à-dire le nombre de personnes qui seraient mortes sans les interventions du P.I.S.P. Ces années-personnes épargnées se répartissent de la façon suivante dans les trois aires :

Trou Chouchou :	5548
Grand-Goâve	5439
Meilleur :	4397

Donc pour chaque année-personne épargnée. nous avons effectué les dépenses suivantes en dollars U.S.

à Trou Chouchou :	$ 30 410	: 5548 =	5,48
à Grand-Goâve :	139 191	: 5439 =	25,59
à Meilleur :	97 823	: 4397 =	22,25

Autrement dit pour un même résultat, nous avons dû dépenser 4 à 4,5 fois plus au niveau des centres.

CONCLUSION

Les résultats présentés plus haut tendent à prouver que les équipes mobiles représentent un investissement plus rentable que les centres fixes. Cette constatation ne doit pourtant pas nous égarer; la présente étude n'a pas pour objectif l'élimination de telle structure en faveur de telle autre. Il est indéniable que les centres de santé et les hôpitaux sont nécessaires, indispensables même. Cependant, compte tenu de nos réalités culturelles, sociales et économiques, nous ne pouvons pas actuellement, ni dans un proche avenir, assurer la couverture sanitaire totale du pays uniquement à l'aide de dispensaires et d'hôpitaux. Même quand ces institutions existent, nous savons que certains facteurs empêchent encore la pleine utilisation des services offerts. Notre expérience à Trou Chouchou particulièrement nous a prouvé qu'une équipe genre «équipe communautaire de santé du P.I.S.P» est à même d'aider tout centre fixe à réaliser la couverture totale de sa sphère d'action.

Donc pas d'équipe autonome, mais une équipe rattachée à un centre, une équipe bien structurée dont tous les membres jouissent de la confiance de la population, une équipe qui respecte scrupuleusement ses rendez-vous et accueille ses clients avec respect et chaleur. L'efficience de tous les centres dotés d'une telle équipe n'en sortirait qu'améliorée, car pour obtenir un rendement quatre fois supérieur, il suffira d'ajouter seulement 800 dollars par an au budget du centre.

TABLEAU 6

PREVALENCE COMPAREE DES PRINCIPALES CAUSES DE DECES

DANS LES AIRES DU PROJET INTEGRE

(1ère et 3ème années d'intervention)

		TROU CHOUCHOU		GRAND GOAVE		MEILLEUR	
		1975-1976	1977-1978	1975-1976	1977-1978	1975-1976	1977-1978
0 - 11 mois	Tétanos ombilical	34,6	10,0	11,1	3,0	13,3	12,9
	Gastro-entérite	21,1	26,7	40,0	36,4	43,3	38,2
	Maladie infectieuse.	3,8	6,7	6,7	9,1	6,7	8,8
	Complications périnatales	23,1	10,0	2,2	15,1	6,7	8,8
	Malnutrition	9,6	10,0	13,3	--	16,7	14,7
	Infections respiratoires	1,9	3,3	2,2	--	3,3	14,7
	Coqueluche	1,9	--	--	--	--	--
	Gastro-entérite	31,6	28,6	5,5	45,0	47,4	50,0
	Malnutrition	31,6	42,8	11,0	--	26,3	34,4
	Infections respiratoires *	5,3	--	5,5	--	--	--
	Rougeole	--	--	--	--	--	--
	Méningite	5,3	--	5,5	--	--	--
	Tétanos	--	--	5,5	--	--	--
	Maladie infectieuse	5,3	--	--	9,1	7,9	12,5
	Coqueluche	--	--	--	--	2,6	--
5 - 14 ans	Gastro-entérite	14,3	11,1	9,1	--	36,4	55,6
	Malnutrition	28,6	44,5	27,3	20	18,2	33,3
	Maladies infectieuses	14,3	11,1	9,1	20	9,1	--
	Tuberculose	28,6	--	--	--	9,1	11,1
	Complication d'otite	14,3	--	--	--	--	--
	Coqueluche	9,1	--	--	--	--	--
	Infections respiratoires *	--	--	--	--	--	--
15-49 ans	Gastro-entérite	3,1	9,5	3,7	2,9	15,0	13,9
	Tuberculose	18,7	14,3	11,1	14,7	22,5	19,4
	Maladies infectieuses	3,1	--	7,4	11,8	5,0	19,4
	Liées à la maternité	9,4	4,8	1,8	--	5,0	5,5
	Accid. cardio-vascul.	--	--	7,4	2,9	5,0	5,5
	Typhoide	9,4	--	--	--	5,0	--
	Infections respiratoires *						
50 ans et +	Gastro-entérite	6,9	6,2	1,5	--	7,7	19,7
	Tuberculose	9,3	12,5	4,5	3,7	5,1	3,0
	Maladies infectieuses	11,6	6,2	1,5	9,2	2,6	4,5
	Accid.cardio-vacul.	6,9	--	6,0	5,6	2,6	--
	Infections respiratoires *	2,3	--	--	--	--	--
	Typhoide	--	--	--	--	1,3	--
	Convulsion (origine)	--	--	3,0	--	--	--

* Autres que Tuberculose

TABLEAU 7

TAUX DE FECONDITE PAR AGE SELON L'ANNEE D'OBSERVATION ET L'AIRE

ANNEE D'OBSERVATION ET AIRE	AGE							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tous âges
Année 1975 -1976								
Trou Chouchou, 2ème Plaine	78,7	315,0	330,6	305,8	259,3	146,9	53,3	16,6
Grand-Goâve, 7ème Gérard, 1ère Tête-A-Boeuf	90,8	311,7	286,1	212,4	177,6	93,9	41,7	177,8
Meilleur, 5ème, 6ème Grande Colline	23,6	139,1	268,4	223,6	209,7	130,4	70,1	139,9
Année 1976 - 1977								
Trou Chouchou, 2ème Plaine	106,3	246,2	271,5	211,6	265,2	106,6	42,6	184,6
Grand-Goâve, 7ème Gérard, 1ère Tête-A-Boeuf	113,1	281,7	294,0	221,2	140,0	67,1	47,9	172,9
Meilleur, 5ème, 6ème Grande Colline	28,2	159,3	259,5	242,3	186,2	172,9	55,8	140,2
Année 1977 - 1978								
Trou Chouchou, 2ème Plaine	66,4	248,0	301,4	262,5	287,3	120,5	41,7	181,4
Grand-Goâve, 7ème Gérard, 1ère Tête-A-Boeuf	93,8	241,6	232,6	193,9	133,7	93,9	37,6	151,5
Meilleur, 5ème, 6ème Grande Colline	16,7	166,7	270,2	229,1	143,5	112,0	19,9	129,7

TABLEAU 8

TAUX DE MORTALITE SELON L'AGE

I - MORTALITE INFANTILE

	PROJET INTEGRE DE SANTE ET PETIT-GOAVE				AUTRES INSTITUTIONS	
	TROU CHOUCHOU	GRAND GOAVE	MEILLEUR	LES 3 AIRES	IHS	DESCHAPELLES
1968	-	-	-	-	-	52,3
					130	42,1
1975 - 1976	135	108	78	107	-	-
1977 - 1978	90	90	89	90		
Différence	-45	-18	11	-17	-	-
II - MORTALITE 1 - 4 ans						
1968	-	-	-	-	-	11,0
1972	-	-	-	-	26,6	6,4
1975 - 1976	13,7	12,7	26,9	17,7	-	-
1977 - 1978	13,6	11,9	22,7	15,9	-	-
Différence	-0,1	-0,8	-4,2	-1,8	-	-
III - MORTALITE BRUTE						
1068	-	-	-	-	-	-
1972	-	-	-	-	16.5	7,5
1975 - 1976	14,7	17,2	15,2	15,7	-	-
1977 - 1978	12,6	13,7	14,5	13,7	-	-
Différence	2,1	-3,5	-0,7	-2,0	-	-

TABLEAU 9

ESPERANCE DE VIE SELON L'AGE DANS LE PROJET INTEGRE
COMPARAISON AVEC D'AUTRES ETUDES REALISEES EN HAITI

		TROU CHOUCHOU	GRAND-GOAVE	MEILLEUR	LES 3 AIRES	IHS	DESCHAPELLES
e_0	1968						57,1
	1972					48,8	64,7
	1975 - 1976	54,66	51,54	51,99	52,25		
	1977 - 1978	58,24	56,55	53,50	55,90		
	Différence	3,58	5,11	1,51	3,65		
e_1	1968						61,24
	1972					54,94	66,44
	1975 - 1976	61,42	55,11	55,18	57,09		
	1977 - 1978	62,66	60,92	57,46	60,10		
	Différence	1,24	5,81	2,28	3,01		
e_{15}	1968						50,19
	1972					50,26	54,55
	1975 - 1976	52,17	45,92	49,13	48,92		
	1977 - 1978	54,09	51,97	50,78	51,99		
	Différence	1,92	6,05	1,65	3,07		

e_0 - espérance de vie à la naissance

e_1 - espérance de vie à l'âge de 1 an

e_{15} - espérance de vie à l'âge de 15 ans.

TABLEAU 10

DEPENSES EFFECTUEES POUR L'EQUIPE MOBILE

PAR AIRE - (en dollars U.S.)

1er avril 1975 - 31 décembre 1977

I - DEPENSES POUR L'EQUIPE COMMUNAUTAIRE POUR SURVEILLANCE DE SANTE.

	Trou Chouchou	Grand-Goâve	Meilleur
Nombre de sorties de l'équipe	110	63	70
Salaire	8 811,00	5 046,30	5 607,00
Médicaments	3 705,70	1 646,87	1 426,42
Vaccins	2 412,65	1 514,17	1 860,00
Transport	2 571,60	1 485,81	1 657,25
Administration (Prof. et adm. salaires)	4 888, 40	2 799,72	3 110,80
SOUS-TOTAL I	22 390,35	12 492,87	13 661,47
II - DEPENSES FAITES PAR LA DHF		(2,8 ans)	
Salaire, équipements, Véhicules, etc.	---		
SOUS-TOTAL II	81 338,92	81 338,92	69 482,47
III- SALAIRES ET DEPENSES NON - DHF (2,8 ans)			
Salaires	7 020,00	--	--
Matériel	1 000,00	--	--
SOUS-TOTAL III	8 020,00	--	--
IV - DEPENSES PAR LE DSPP	(estimation)		
Salaires	---	40 320,00	14 280,00
Matériel et équipement	---	5 040,00	400,00
SOUS-TOTAL IV	45 360,00	45 360,00	14 680,00
TOTAL	30 410,35	139 191,79	97 823,94

TABLEAU 11

Annexe A

DEPENSES POUR L'EQUIPE COMMUNAUTAIRE

VISITES AUX STATIONS DE RALLIEMENT

AVRIL 1975 - 31 DECEMBRE 1977 (2,8 ans)

I - Dépenses pour l'équipe dans les 3 régions:

Médicaments (243 visites)			Dépenses par visites:	Par an (4 visites)
110 visites - Trou Chouchou -	$ 3 705.70			
63 visites - Grand-Goâve -	1 646.87		$27.90	$111.60
70 visites - Meilleur -	1 426.42			
SOUS-TOTAL		$6 778.99		
Salaires - (243 visites)				
110 visites - Trou Chouchou -	$ 8 811.00			
63 visites - Grand-Goâve -	5 046.30		$80.10	$320.40
70 visites - Meilleur -	5 607.00			
SOUS-TOTAL		$19 464.30		
Vaccins (243 visites)				
Trou C Trou Chouchou -	$ 2 413.65			
Grand-Goâve -	1 514.17		$23.82	$ 95.28
Meilleur -	1 860.00			
SOUS-TOTAL		$ 5 787.82		
Administration (243 visites)				
Trou Chouchou -	$ 4 888.40			
Grand-Goâve -	2 799.72		$44.44	$177.76
Meilleur -	3 110.80			
SOUS-TOTAL		$10 798.92		
Transport		5 714.66	$23.52	$ 94.08
TOTAL		$48 544.69	$199.78	$799.12

TABLEAU 12

Annexe B

DEPENSES TOTALES POUR L'EQUIPE COMMUNAUTAIRE
AVRIL 1975 - DECEMBRE 1977

Salaires:		$25 230.00
Médicaments		
	Trou Chouchou	3 705,70
	Grand-Goâve	1 646,87
	Meilleur	1 426,42
		6 778,99
Vaccins		
	Trou Chouchou	$2 413,65
	Grand-Goâve	1 514,17
	Meilleur	1 860,00
		5 887,82
	TOTAL	$37 796,81

EQUIPE COMMUNAUTAIRE DE SANTE
VISITES AUX STATIONS DE RALLIEMENT

	Nombre de stations	Coût total
Trou Chouchou	110	$8 811,00
Grand-Goâve	63	5 046,00
Meilleur	70	5 607,00
Aire témoin	72	5 767,00
TOTAL	315	$25 230,00

Coût en salaire par station: 25 230: 315 = $80.10

CHAPITRE V

ENQUETE SUR LES CAUSES D'ABSTENTION A LA PREMIERE TOURNEE DE VACCINATION DANS GRAND–GOAVE ET SES ENVIRONS

Calixte Clérismé

A. INTRODUCTION

1. Objectifs de la recherche

Notre première tournée de vaccination à Grand-Goâve est loin d'être satisfaisante. Alors que notre objectif était d'atteindre la totalité de la population, à peine la moitié des personnes énumérées se sont présentées

aux stations de ralliement. Pour la ville de Grand-Goâve et les localités les plus proches : Cholette, Mon Plaisir, Bourg Anglais, Thozin, seulement 40 % des habitants enregistrés sont venus se faire vacciner.

Il est vrai que des enfants et des femmes enceintes avaient été déjà vaccinés à l'hôpital de Grand-Goâve avant notre passage; mais ceci ne doit pas représenter plus de 30 % de la population.

Il convient donc de trouver les causes de tant d'abstentions à notre tournée de vaccination.

Deux cas peuvent se présenter :

a) Certains collaborateurs communautaires n'ont pas distribué tous leurs coupons d'invitation.
b) Certaines personnes invitées n'ont pas été se faire vacciner. Il s'agit alors de savoir pourquoi.

C'est pour essayer de trouver des réponses à ces questions que nous avons organisé une petite enquête sur Grand-Goâve et ses environs. Nous n'avons pas la prétention de déterminer les causes exactes de ces abstentions. Notre enquête est un simple sondage qui vise à projeter une certaine lumière sur la situation afin que nous puissions mieux organiser à Grand-Goâve, et peut-être dans les autres zones desservies par le Projet, nos prochaines campagnes de vaccination.

2. Organisation de la recherche

Après avoir contrôlé le nombre d'abstention par secteur (de 500 personnes environ), nous avons fait le total. Il s'agissait de compter le nombre de cartes restées au bureau; elles représentent les personnes enregis-

trées mais qui ne se sont pas présentées à la vaccination; puis nous les avons placées par ordre numérique, après avoir eu soin d'enlever les cartes des personnes recensées mais vaccinées sans coupon.

Pour un univers de 2.000 individus environ nous avons fixé notre échantillon à 50 et opté pour l'échantillonnage à intervalle régulier. Cet intervalle a été de 40 : Pour éviter d'être influencé dans la sélection de l'échantillon, nous avons commencé par les derniers numéros de la ville de Grand-Goâve selon l'ordre des numéros portés sur notre distribution de zone; puis nous avons compté successivement les cartes des localités environnantes en partant des premiers numéros. A chaque tranche de 40 cartes nous en avons ainsi prélevé une de laquelle nous avons détaché un coupon, jusqu'à concurrence de cinquante. Nous avons pris soin d'annexer à ces coupons le quarante-et-unième, afin de remplacer les personnes qui seraient éventuellement absentes au cours de l'interview.

Environ la moitié de notre échantillon appartient à la ville de Grand-Goâve, ce qui tomba bien, car le pourcentage d'abstention est à peu près égal dans la ville et les environs.

L'enquête n'a duré que deux jours. Le premier jour, nous avons convoqué à Grand-Goâve les collaborateurs et agents communautaires inclus dans notre champs d'enquête.

Pendant plus d'une heure, nous avons essayé de dégager dans une interview de groupe les raisons alléguées par ces agents et collaborateurs communautaires pour l'échec de notre tournée de vaccination. Après

les avoir entendus, nous avons également questionné quelques membres du personnel de l'hôpital de Grand-Goâve sur ce même sujet. Nous avons rencontré particulièrement l'infirmière, le chef de bureau et le statisticien mais pour seulement quelques minutes.

Ensuite, nous sommes allés sur le terrain accompagnés du superviseur des agents communautaires et aussi de l'agent communautaire de la zone à visiter. Nous avons commencé par Cholette et Mon Plaisir. Dans chacun des cas nous avons posé à peu près cette même question : «pou ki sa ou pa té al vaksinin ?». «Pourquoi n'avez-vous pas été vous faire vacciner ?» Nous avons veillé également à laisser un petit coupon à la maison. Le premier jour, nous avons réalisé une vingtaine d'interviews. Le lendemain nous sommes retournés à Grand-Goâve pour poursuivre l'enquête.

En définitive, nous avons réalisé une quarantaine d'interviews, car pressés un peu par le temps et jugeant que nous avions assez de données pour nous prononcer sur les causes d'abstention, nous n'avons pas achevé les 50 interviews prévus.

B. CONSIDERATIONS SUR L'ECHEC DE NOTRE TOURNEE DE VACCINATION A GRAND–GOAVE ET DANS LES ENVIRONS

Manque de motivation : Il ressort de l'interview que nous avons eue avec les agents et collaborateurs communautaires que la population de Grand-Goâve est très peu motivée pour la vaccination. Certains collaborateurs ont déclaré qu'ils ont été rabroués et même éconduits par certaines personnes au cours des invitations. Certaines personnes auraient déchiré leur coupon d'invitation dès que le collaborateur eut tourné le dos. D'autres ont laissé entendre qu'ils prenaient le coupon par pure politesse mais qu'ils ne se présenteraient pas à la vaccination.

Plusieurs ont dit aux collaborateurs que s'il s'agissait d'une chose importante, la distribution de nourriture par exemple, ce ne sont pas eux qu'on viendrait inviter. Ici percent le pessimisme de cette population souvent bafouée et déçue dans ses espérances et peut-être le peu de prestige dont certains collaborateurs jouissent auprès de la population. Certaines personnes ont affirmé qu'elles préféraient aller se faire vacciner dans une clinique privée, parce qu'alors elles auraient plus de garantie d'être bien traitées.

Il faut dire aussi que beaucoup de personnes ont toujours à l'esprit que les services gratuits sont souvent mal organisés, et qu'on a peu d'égard pour les bénéficiaires. Nous devons donc prendre toutes les mesures nécessaires pour que nos clients soient toujours bien reçus et bien servis dans la mesure du possible.

Nous avons abordé d'une façon informelle quelques autorités de la ville pour leur faire part de l'échec de notre tournée de vaccination; le préfet, le magistrat, le président du conseil communautaire ont été unanimes à déclarer chacun de son côté : «Les gens de Grand-Goâve sont des réfractaires; il n'est donc pas étonnant qu'ils ne soient pas venus se faire vacciner.»

Il semble que quel que soit le programme ils auraient à peu près la même attitude à son égard, ont ajouté certains informateurs. Ceci confirme le point de vue de quelques agents communautaires et du personnel de Grand-Goâve que nous avons interviewés.

Ce dernier s'étonne même que tant de personnes de Grand-Goâve soient venues à la vaccination, parce que très peu viennent à l'hôpital pour consultation. Quoi qu'il en soit, nous croyons que la population aurait des réactions beaucoup plus favorables, si elle était renseignée sur l'importance du vaccin. Nous avons remarqué au cours de l'enquête que beaucoup de nos interviewés ne savaient trop pourquoi on donnait le vaccin. S'il faut en croire quelques informateurs, certaines personnes ne sont allées se faire vacciner qu'après avoir vu le préfet et le magistrat se présenter à la vaccination.

Cependant, le manque de motivation et le scepticisme de la population ne sont pas les seules raisons de son abstention à la vaccination. Pendant l'invitation, beaucoup de personnes, celles de Thozin en particulier, ont confié qu'elles n'ont pas de quoi s'habiller pour aller à l'hôpital.

Nous avons entendu une femme de Bourg Anglais déclarer qu'elle n'a pas pu emmener sa petite fille à la vaccination parce que la couturière ne lui a pas remis la robe qu'elle avait donnée à confectionner. Il faut plutôt entendre qu'elle n'avait pas d'argent pour aller retirer la robe. Nous avons essayé mais en vain de lui faire comprendre qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des habits neufs pour aller se faire vacciner.

Les agents et collaborateurs communautaires, et même notre bureau, sont en partie responsables de cet échec de la tournée de vaccination, car certains collaborateurs n'ont pas distribué tous leurs coupons d'invitation, et il y a des maisons pour lesquelles ils n'en avaient plus. Certaines personnes n'ont reçu semble-t-il leurs coupons que la veille et d'autres le jour même de la vaccination.

Enfin, notre campagne de propagande a présenté certaines défaillances. Par exemple beaucoup de leaders et autorités de la ville de Grand-Goâve et des environs n'ont pas été directement avisés de notre tournée de vaccination. Il faut dire ici que le sociologue du Projet se trouvait à Port-au-Prince pour un séminaire durant la dernière semaine précédant cette tournée de vaccination.

C. RESULTATS DE NOTRE RECHERCHE SUR LE TERRAIN

1. Réactions des informateurs

D'une façon générale les interviewés nous ont très

bien reçu. La plupart se sont montrés très intéressés par la campagne de vaccination, après avoir entendu nos explications; certains même ont manifesté le regret de n'avoir pas été vaccinés et ont promis de se présenter à la prochaine tournée en octobre. Certains parents ont décidé, sur notre suggestion, d'aller sans tarder faire vacciner leurs enfants à l'hôpital de Grand-Goâve.

2. Caractéristiques de l'échantillon

De notre échantillon de 43 personnes, 28 (65 %) sont du sexe féminin et 22 (51 %) des enfants de moins de 6 ans. Sur le plan géographique, 49 % sont de la ville de Grand-Goâve, 21 % de Thozin, 18 % de Bourg Anglais, 5 % de Cholette et Mont Plaisir.

3. Causes d'abstention

Faisons remarquer tout d'abord que près de 24 % de notre échantillon ne tombent pas dans des cas d'abstention; en effet nous avons trouvé 5 personnes (12 %) qui avaient déjà reçu leur vaccin à l'hôpital de Grand-Goâve, au cours du mois de juillet. Comme nous l'avons mentionné plus haut, un certain nombre de personnes, surtout des enfants et des femmes enceintes, ont déjà eu deux ou trois doses de vaccin à l'hôpital de Grand-Goâve et attendent leur prochain rendez-vous pour recevoir les autres doses. De plus, 5 interviewés ont été se faire vacciner sans leur coupon d'invitation, pendant notre tournée.

En effet, nous avions prévu une sous-station pour délivrer des cartes à des personnes qui n'avaient pas reçu d'invitation; certains invités qui avaient perdu leur coupon ou qui remarquaient qu'ils devaient rester

longtemps avant qu'on leur trouve leur carte, ont préféré se glisser dans le groupe des gens imprévus et prendre une nouvelle carte laissant ainsi celle qu'on avait préparée pour eux au bureau.

Il faut mentionner en outre que 4 personnes de notre échantillon ont changé d'adresse; les quatre vivaient à Grand-Goâve; d'après les informations obtenues, elles ont laissé la région. D'un autre côté, certaines personnes qui n'avaient pas été enregistrées pendant l'énumération se sont présentées pour la vaccination; ce sont, semble-t-il des vacanciers, ou des gens de passage qui ont voulu profiter de l'occasion pour se faire vacciner. Quelques-unes de ces personnes sont peut-être des nouveaux résidents de la zone de Grand-Goâve. On essayera d'avoir plus de précision au sujet de ces cas au cours de la prochaine tournée de vaccination.

Nous voulons nous pencher pour le moment sur le cas des personnes qui ne sont pas venues se faire vacciner.

Il ressort de notre recherche sur le terrain que près de 19 (44 %) des cas d'abstention sont dus à un manque de motivation. Par exemple, nous avons rencontré une dame qui n'a pas pu dire pourquoi elle n'a pas été prendre son vaccin et elle n'a envoyé aucun de ses 4 enfants à la vaccination; elle promet simplement de les faire vacciner à la prochaine tournée. Trois, (7 %) des interviewés ont déclaré qu'ils étaient occupés; parmi ces personnes, une dame de Thozin a allégué qu'elle ne voulait pas laisser sa maison sans surveillance, parce que toutes les personnes de la maison avaient été se faire vacciner.

Un assez grand nombre d'interviewés 13, (soit 30 %) ont expliqué qu'ils étaient à la campagne ou en voyage pendant la tournée de vaccination. Sans doute queiques-unes de ces personnes auraient ajourné leur déplacement, si elles étaient mieux informées sur l'importance du vaccin, ou si elles avaient reçu l'invitation plus tôt.

Deux interviewés ont laissé entendre qu'ils sont arrivés trop tard pour la vaccination. Bien motivés, beaucoup des retardataires auraient différé peut-être leurs activités pour aller se faire vacciner.

Les collaborateurs, en donnant le coupon d'invitation, n'ont sans doute pas assez insisté sur l'importance du vaccin et sur l'horaire des opérations. Nous devons dire toutefois qu'un des retardataires nous a avoué que le collaborateur lui avait bien expliqué que la vaccination aurait lieu le matin, mais lui et tous ses voisins se sont déplacés seulement vers 14 heures pour aller se faire vacciner; ils ont appris en route que notre équipe avait fini de travailler.

Trois de nos interviewés n'ont pas été se faire vacciner parce qu'ils avaient la grippe ou des douleurs. Or, pendant la tournée de vaccination à Trou-Chouchou et à Grand-Goâve et 7ème Gérard, beaucoup de personnes nous ont abordé pour demander si elles pouvaient se faire vacciner avec la grippe, leur menstruation, un peu de fièvre, etc.

Nous croyons que beaucoup de personnes viendraient se faire vacciner, si le collaborateur les rassurait en leur expliquant dans quel cas elles peuvent recevoir ou ne pas recevoir le vaccin. En cas de doute, le colla-

borateur demanderait aux intéressés d'aller s'informer auprès d'un médecin.

Enfin une dame nous laisse entendre qu'elle pensait que la vaccination allait durer plusieurs jours, et qu'elle aurait eu le temps de se faire vacciner. Ici encore, le reproche doit être adressé au collaborateur qui n'a pas assez informé les intéressés sur les jours de vaccination. Mais une personne qui a raté son jour de vaccination peut toujours se faire vacciner dans une autre station au cours de la tournée.

Ce qui est peut être plus directement imputable aux collaborateurs, c'est le fait que 4,9 % des intéressés n'ont pas reçu de coupon. En effet, certains collaborateurs, par négligence ou manque de temps, n'ont pas distribué tous leurs coupons.

Dans ce dernier cas, il faut peut-être imputer au bureau, en partie du moins, le retard dans l'expédition des coupons aux collaborateurs. Certains coupons sont sans doute restés au bureau. Un collaborateur a soutenu que pour quelques maisons, il n'avait pas reçu de coupons; en atteste, dit-il, un des cas que nous avons interviewés en sa présence.

D. CONCLUSION

Il ressort de ce qui précède que l'échec de notre première tournée de vaccination dans Grand-Goâve et ses environs , et peut-être à travers 7ème Gérard, est dû dans une assez large mesure à un manque de motivation tant du côté des intéressés que des collaborateurs et agents communautaires. Et la propagande

orchestrée par le personnel du bureau a présenté aussi certaines déficiences. Il faut ajouter à tout cela que la population de Grand-Goâve est particulièrement réfractaire et difficile à mobiliser, sceptique et pessimiste, elle arrive difficilement à croire qu'on l'invite à recevoir gratuitement un aide valable. Beaucoup de personnes ont même supposé que la vaccination n'a pas beaucoup de valeur, du fait qu'on soit venu les inviter à se faire vacciner gratuitement.

Le manque de motivation des collaborateurs apparaît dans la négligence mise à distribuer les coupons d'invitation : la plupart d'entre eux n'ont pas donné tous les coupons d'invitation ou les ont apportés trop tard aux destinataires. En plus, il faut dire que beaucoup de personnes de Grand-Goâve nourrissent une certaine jalousie à l'égard des agents communautaires dont ils voudraient occuper la place. C'est peut-être là une des explications de l'accueil peu chaleureux que quelques invités ont réservé à certains collaborateurs.

Nous n'arrivons pas encore à déterminer toutes les causes du manque de motivation des collaborateurs. Nous essayerons de nous pencher plus spécialement sur ce problème un peu plus tard. Entre temps, des mesures doivent être prises pour que les collaborateurs commencent à inviter les clients une semaine avant le jour de la vaccination et qu'ils aient fait toutes leurs invitations au plus tard deux jours avant les opérations. Si l'invitation est placée trop tôt, c'est-à-dire plus de huit jours à l'avance, les gens risquent d'oublier la date du rendez-vous. Si au contraire elle a lieu trop tard, la veille de la vaccination par exemple, certaines personnes peuvent avoir des projets bien arrêtés de s'absenter

ou de vaquer à leurs occupations coutumières et ne pas vouloir y renoncer pour aller se faire vacciner.

En plus des visites domiciliaires effectuées par les collaborateurs pour inviter la population à la vaccination, il convient de prendre d'autres mesures pour bien assurer la propagande. Ainsi, nous devons exploiter au maximum l'influence des leaders formels et informels : autorités civiles, militaires et religieuses; leaders naturels, chefs de section, pasteurs. prêtres, hougans, membres de conseils communautaires, etc. Ces leaders devront être contactés environ deux semaines avant la tournée de vaccination; on leur donnera les informations suffisantes sur ce qu'on attend d'eux, afin qu'ils nous prêtent leurs concours dans la mesure du possible, chacun dans sa sphère d'influence.

De plus il serait souhaitable que la veille des opérations, nous utilisions un haut-parleur pour essayer de motiver la population de Grand-Goâve et de ses environs et lui rappeler la date et l'horaire du passage de l'équipe communautaire de santé. Enfin, il serait bon d'organiser de temps en temps des projections dans nos différentes zones de travail, afin de bien renseigner la population sur certains aspects de l'hygiène familiale, de tenir des meetings à ces occasions pour rappeler aux intéressés le contenu et le fonctionnement de notre programme.

Si toutes ces mesures sont appliquées, nous pouvons arriver aisément à vacciner plus de 80 % de la population de Grand-Goave et de 7ème Gérard; et les mêmes dispositions peuvent être adoptées avec profit pour les autres aires du Projet intégré de santé.

CHAPITRE VI

FORMATION ET SUPERVISION DU PERSONNEL

Rapport rédigé par le Dr. Dieudonné
(en mai 1978)

A. INTRODUCTION

Au cours des discussions qui ont précédé le lancement du PISP, il a été décidé que le siège en serait fixé à Petit-Goâve en raison de la position centrale de cette ville par rapport aux aires de travail et à cause également de certains avantages : communications (route, télégraphe, télephone), électricité et coordination sur place avec l'administrateur du District sanitaire de Petit-Goâve.

Dès le début, les responsables ont exploré les régions à desservir en vue d'identifier les leaders, les chefs, les notables, les conseils communautaires et autres groupements qui sont tous appelés à collaborer avec le programme, pour leur exposer le plan d'action et surtout pour leur faire comprendre que la participation de la communauté est indispensable pour le bon fonctionnement du projet tel qu'il a été conçu.

En effet le PISP se donne pour objectif de travailler avec la population à l'amélioration des conditions sanitaires et socio-économiques et en même temps d'entreprendre des recherches sur la dynamique de la

population et sur les moyens de faire bénéficier les zones rurales des services de santé. Les populations des aires sélectionnées ont été bien définies au moyen d'une énumération qui est reprise chaque année à la même date. Les données démographiques sont en outre actualisées constamment par le relevé des facteurs susceptibles de modifier la composition de la population (naissance, décès, migration, etc). Parallèlement nous disposons d'un personnel chargé de veiller de façon continue sur la santé des populations au moyen de visites périodiques, de conseils et de distribution de services, et ce avec une coordination et un contrôle très précis.

Dans le présent rapport, nous nous proposons de fixer les principes et schémas qui ont présidé à la formation et à la supervision des différentes catégories d'employés : énumérateurs, collaborateurs communautaires, agents communautaires, superviseurs, auxiliaires nutritionnistes et employés de bureau.

B. FORMATION.–

La formation du personnel a une importance capitale pour le bon fonctionnement de tout programme. Pour bien asseoir cette formation, la stratégie suivante a été adpptée par le personnel technique du PISP :

1.– recrutement
2.– formation initiale
3.– formation progressive ou continue

Il convient de noter qu'à cet égard, nous distinguons;
a) la formation initiale, c'est-à-dire celle donnée au tout début du projet, immédiatement après le recrutement.
b) la formation ultérieure, continue, progressive. Dans l'une et l'autre forme, il y a lieu de considérer :

1) le siège
2) le contenu de la formation (programme)
3) la langue à utiliser pour la formation
4) la périodicité des cours
5) la durée de la formation
6) la sélection finale des candidats.

1.– RECRUTEMENT

Le recrutement se fait sur une base communautaire, c'est-à-dire que les canditats sont, autant que possible, choisis sur place et avec l'assentiment des leaders, parce que nous voulons que nos employés appartiennent à la communauté, qu'ils en connaissent les problèmes et cherchent à les résoudre. Toutefois, nous avons tenu à informer les leaders de nos critères d'admission, ainsi que du nombre de personnes à employer et de la durée de l'emploi. Cette méthode a donné de bons résultats et nous a sans doute évité des problèmes. Assez souvent, nous avons confié aux conseils communautaires le soin de choisir les collabotareurs communautaires.

Ce système occasione cependant certaines difficultés. D'abord, compte tenu de la catégorie de l'emploi, il est parfois impossible de trouver une personne qualifiée résidant sur place ou ayant des bases solides dans la région. D'autre part, certains leaders ont tendance à recommander leurs proches seulement. Mais tous ces problèmes ont toujours trouvé une solution heureuse, à la suite de discussions franches.

Nous procédons avec suffisamment de tact pour que tel president de conseil communautaire ou tel autre leader ne se formalisent pas outre mesure de voir leur protégé récusé après un test ou une interview, et leur collaboration ultérieure avec le projet ne s'en ressent guère.

En effet, les candidats proposés, avant d'être admis à suivre les cours, sont soumis à une interview menée par deux ou trois membres du personnel technique afin de tester leurs connaissances, leur degré de motivation pour l'emploi désiré et leurs aptitudes générales. Pour les recrutements en masse, comme dans le cas des premiers énumérateurs, nous avons proposé aux candidats un test éliminatoire écrit en rapport avec la fonction convoitée.

2.– FORMATION INITIALE

Le siège des premiers cours de formation n'a jamais été fixe; il diffère selon la catégorie de l'employé. Ainsi, les premiers agents communautaires ont été formés au siège de la Division d'Hygiène Familiale à Port-au-Prince, mais ont reçu au bureau du Projet à Petit-Goâve une orientation en vue de les rendre aptes à superviser les travaux d'énumération.

a) Formation des premiers énumérateurs.– Il a été décidé de situer le siège le plus près possible de la demeure des candidats pour qui on n'avait pas prévu de frais de déplacement et, à cause du bas niveau intellectuel accepté (moins que le niveau primaire complet) de dispenser la formation immédiatement avant les opérations. Au programme figuraient, outre la façon de remplir la formule de registre familial, des notions préliminaires permettant de reconnaitre les maladies courantes comme le tétanos ombilical, la coqueluche, la typhoïde, la rougeole, la gastro-entérite, la malaria, la tuberculose, les maladies respiratoires. Une attention spéciale a été portée sur l'importance de l'âge exact et les moyens de l'obtenir : acte de naissance, utilisation du calendrier d'événement (ce dernier a été mis à point grâce à la collaboration de leaders locaux; (voir annexe).

Au cours de la 2ème année, nous avons reconnu la nécessité d'avoir des énumérateurs d'un niveau supérieur afin d'obtenir des précisions concernant certains résultats douteux.

Les énumérateurs choisis vinrent d'un groupe d'agents communautaires récemment formés à Petit-Goâve et ont recensé d'abord les trois premières aires opérationnelles puis les localités de l'aire témoin. Dans ce groupe on a trouvé d'anciens énumérateurs conservés comme collaborateurs qui se sont signalés par leurs sérieux et leur compétence. Tout comme ce groupe d'agents communautaires, tous les candidats énumérateurs recrutés ultérieurement ont reçu leur formation à Petit-Goâve. Peu de changements ont été apportés à la formation des énumérateurs, sinon des informations permettant de remplir une forme destinée à enregistrer la fécondité des femmes de 15 an 49 ans.

En vue de rendre la formation facile pour tous les candidats, les cours sont donnés en créole et les instructeurs ont été avisés d'utiliser un langage clair, direct et imagé. Ces deux recommandations d'ailleurs sont valables pour tous les enseignements donnés dans le cadre du Projet intégré.

Les cours de formation des énumérateurs durent deux semaines soit dix jours ouvrables dont les cinq derniers sont consacrés surtout à la pratique comprenant d'abord des simulations au local de formation, puis deux jours d'un stage sur le terrain suivi de discussion et d'une mise au point au bureau.

b) Formation des collaborateurs communautaires.— Les collaborateurs communautaires n'ont pas en fait reçu une formation initiale complexe. La majorité d'entre eux avaient déjà travaillé comme énumérateurs

et étaient de ce fait familiarisés avec certains concepts. Ils savaient déjà par exemple, que le Projet intégré était intéressé à suivre la population et que tout ce qui est de nature à modifier la composition de cette population devait être enregistré.

Aussi a-t-il suffi d'une matinée pour leur formation initiale. Cette session unique a eu pour siège la base du projet pour les collaborateurs de Trou Chouchou, les Centres de Grand-Goâve et de Meilleur respectivement pour les aires de Grand-Goâve et de Meilleur. Quand ils ont laissé la salle de cours ils avaient reçu assez d'enseignement pour consigner sur une formule bien simple les cas de naissance, de décès, de grossesse, de migration ou de maladie.

c) Formation initiale des agents communautaires.

Les cours durent en général de 4 à 6 semaines soit 20 à 30 jours ouvrables à raison de 6 heures de cours par jour. Durant les 3 ou 4 premières semaines, les candidats reçoivent un enseignement dirigé les habilitant à devenir des intermédiaires sûrs et efficaces entre le projet et la population, capables de transmettre des messages destinés à améliorer les conditions sanitaires et capables également de porter les habitants à mieux s'organiser sur le plan socio-économique.

Au cours de la dernière semaine, les canditats ont suivi un stage pratique sur le terrain sous la supervision d'un ancien agent communautaire. Ils y ont appris comment transposer dans la pratique les notions qui leur furent enseignées et la meilleure façon d'agencer les différents aspects du travail.

La sélection finale des candidats repose autant sur l'évaluation des connaissances acquises que sur des critères comme la régularité, l'intérêt marqué pendant les sessions et l'aptitude révélée au cours du stage pratique.

3.– FORMATION CONTINUE

Elle est destinée à parfaire les connaissances de l'employé, à l'aider à résoudre les problèmes rencontrés, à lui apporter un peu de lumière sur certaines maladies et à lui indiquer les moyens de les combattre. Elle a surtout été importante dans le cas des collaborateurs qui remplissent les fonctions d'un véritable auxiliaire de santé pour avoir appris entre autres : la conduite à tenir dans les cas d'entérite, de gastro-entérite, de malnutrition, de tuberculose et de sarcoptose, ainsi que l'importance de la vaccination; de plus, ils peuvent aider utilement les équipes sanitaires dans des tâches aussi variées que : les invitations aux séances de vaccination, l'inscription des vaccins sur les cartes, l'administration des vaccins à l'aide d'une seringue ou du Ped–O–Jet, le contrôle du poids et de la taille des enfants, la distribution de certaines méthodes de planning, etc.

Ces informations leur ont été fournies au bureau du Projet au cours d'une session de trois mois à raison d'un cours par semaine, ou bien lors de convocations mensuelles.

Dans le cas des agents communautaires et superviseurs, la formation se poursuit soit dans les centres de santé, soit au cours des séances de supervision, soit encore au cours des réunions de groupe. Elle se donne sous forme de messages de 5 à 20 minutes sur des sujets variés englobant la médecine tant curative que préven-

tive, la participation communautaire, le contrôle du travail fourni par les collaborateurs, l'organisation de travaux communautaires (route de pénétration, captage et nettoyage de sources, construction de latrines, nettoyage des marchés publics).

En outre nous invitons notre personnel à écouter chaque jour les émissions radiophoniques sur la santé et la protection materno-infantile qui sont diffusées par deux des grandes stations (Radio Lumière et Radio Nationale).

Quant aux superviseurs et aux auxiliaires nutritionnistes, ils ont tous reçu la formation de base des agents communautaires et participent à toutes les séances de formation complémentaire de ces dits agents. Toutefois, il n'est pas superflu de mentionner que deux (2) de nos auxiliaires nutritionnistes ont suivi, avant leur recrutement, un cours de 9 mois patronné par l'OMS et le Bureau de Nutrition, tandis que les deux autres sont devenues monitrices en nutrition après un stage de six semaines.

Enfin les employés aux écritures ont reçu leur formation au bureau où ils travaillent sous la supervision constante du personnel technique. Ils fournissent une aide active et intelligente particulièrement à la section de démographie dans la tenue des registres de famille, de naissances, décès et de migration; leur formation les habilite également à effectuer le dépouillement des recensements et certains travaux de compilation.

C.– SUPERVISION

Pas de travail sans supervision. La Direction du PISP l'a bien compris. En plus de la supervision réalisée par

les professionnels, il a été établi un poste d'agent communautaire superviseur pour chaque groupe de cinq agents. Cette initiative a de beaucoup diminué le nombre de jours-hommes perdus du fait que les agents communautaires se rendaient trop souvent au centre ou au bureau pour des motifs divers.

Le système de supervision conçu par le Projet vise les objectifs suivants /

1) poursuivre la formation,
2) aider l'employé à résoudre les problèmes rencontrés,
3) l'approvisionner en médicaments ou matériel
4) l'encourager.

Elle permet en outre de transmettre des messages, de contrôler le travail réalisé et de corriger sur place les erreurs d'interprétation. Ce dernier aspect de la supervision se révèle très important, les corrections étant faites suivant le même modèle et permettant l'obtention de données uniformes non sujettes à multiples interprétations.

Dans le présent exposé nous tiendrons compte des étapes suivies, des types, des niveaux, du rythme et en dernier lieu, des problèmes soulevés par la supervision en général.

1. Etapes

La première étape a été la conception et l'adoption des formes d'itinéraire (itinéraire prévu et itinéraire réalisé) permettant de localiser l'employé (agent communautaire ou superviseur) et d'évaluer dans une certaine mesure le travail accompli. L'itinéraire prévu, préparé au moins cinq jours avant la fin du mois en

cours doit être remis au superviseur qui s'en sert pour préparer le sien. L'itinéraire réalisé au contraire est rempli au jour le jour et tient compte des modifications.

La seconde étape, non moins importante, a été la mise au point de la formule de supervision du travail de l'agent communautaire. Un premier modèle fut d'abord proposé et testé sur le terrain pendant quatre mois environ. Les observations personnelles du responsable de la formation et de supervision jointes à celles des autres membres du personnel et des superviseurs ont conduit à la version définitive (annexe).

Afin d'uniformiser l'emploi de cette formule, un manuel d'instruction a été préparé. A partir de ce moment le superviseur dispose, pour contrôler le travail requis, d'un guide précis et complet, où tous les aspects du travail de l'agent communautaire sont considérés, avec en plus l'appréciation objective du superviseur sur la méthode de travail, la façon dont l'agent communautaire se présente dans les familles et les progrès qu'il a réalisés.

2. Types

Au Projet, nous distinguons deux types de supervision : directe et indirecte. La supervision directe se donne sur le terrain pendant que l'employé exécute son travail. Elle permet au superviseur de suivre l'employé pas à pas, de relever les défaillances et en même temps de parfaire les connaissances de ce dernier en lui faisant des observations judicieuses ou en prodiguant en sa présence des recommandations ou des conseils aux personnes visitées.

La supervision indirecte, au contraire, se fait après le passage de l'agent communautaire. Elle exige beaucoup de doigté de la part du superviseur surtout dans l'interprétation des réponses données par les habitants. Ainsi conçue, elle permettra de se faire une idée assez précise de la tâche réalisée ordinairement par l'agent travaillant seul sans la contrainte morale que représente la présence du superviseur.

3.- Niveaux de supervision.

La supervision peut être donnée à différents niveaux. D'abord l'agent communautaire durant son travail supervise le collaborateur. Comme ce dernier n'est pas considéré à proprement parler comme un employé, la supervision n'est pas stricte. Elle n'en permet pas moins de déceler tout manquement de la part d'un collaborateur, soit dans le relevé des naissances, décès, etc., soit dans les invitations aux séances de vaccination.

La supervision en second lieu est donnée par le superviseur et enfin par les professionnels du service : médecins, sociologue, démographe. Toutefois, la supervision réalisée par les superviseurs reste de loin la plus importante.

4.– Rythme

En règle générale, la supervision réalisée par l'agent communautaire est systématique, continuelle, puisqu'une partie de son travail est une révision de celui du collaborateur. Par contre, il est apparu bien vite nécessaire d'organiser le travail du superviseur des agents communautaires afin de rendre la balance égale entre tous les employés. Ainsi le supervi-

seur peut réaliser soit une supervision directe, soit une supervision indirecte par jour ou encore le même jour d'abord une indirecte, puis une directe. Il peut contrôler en une journée un ou plusieurs collaborateurs quand il s'agit de faits simples à vérifier, mais en principe, il ne supervise qu'un agent par jour, car il doit le suivre dans dix (10) maisons au moins. Chaque superviseur étant responsable de 5 agents, théoriquement il devrait les superviser tous au moins une fois par semaine; cependant compte tenu des autres activités inhérentes à sa charge, le rythme a été fixé à deux supervisions par mois par agent communautaire.

Pour les professionnels, il a été prévu deux (2) supervisions par mois à réaliser seul ou avec le superviseur.

5.- Problèmes rencontrés

Le système de supervision adopté ne devrait en principe poser aucun problème, étant des plus pragmatiques. Cependant les réalités du milieu ambiant créent certaines difficultés. En particulier, les superviseurs doivent parfois parcourir de très longs trajets, ce qui diminue le temps effectif de supervision. D'autres fois, certaines intempéries rendent impossibles les supervisions.

Par ailleurs, si la moyenne de supervisions prévues pour les superviseurs a été plus ou moins respectée, il n'en a pas été de même pour les professionnels qui, en raison d'autres tâches à accomplir, n'ont pas pu fournir pas même le quart du minimum prévu.

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION
DIVISION D;HYGIENE FAMILIALE
PROJET INTEGRE DE SANTE ET DE POPULATION

GUIDE DE SUPERVISION

La formule «GUIDE DE SUPERVISION» a été légèrement modifiée en vue de la mieux adapter à son rôle d'évaluation du travail de l'A.C. Elle a été également simplifiée (22 questions ou lignes au lieu de 28 dans l'ancienne). Certaines questions ont été placées dans l'en-tête parce que la réponse n'est pas susceptible de changement d'une maison à l'autre.

REMPLISSAGE.–

En vue d'uniformiser les réponses, nous conseillons aux utilisateurs du formulaire (superviseurs et professionnels) d'adopter les codes suivants pour les réponses :

AIRE.– Trou Chouchou, Grand-Goâve ou Meilleur
ZONE.– I, II, III, IV, ou V – COMMUNE Gd-Goâve ou Pt-Goâve
SECTEUR.– A, B, C, ou D, – DATE Date de la supervision

LOCALITE.– Celle dans laquelle la supervision est donnée.

SECTION RURALE.– Toujours indiquer le numéro et la dénomination. Ex : 5ème Grande Colline.–

EMPLOYES A SUPERVISER.– Inscrire le nom du ou des employés qu 'on supervise.

TITRE.– Agent Communautaire (A.C) ou SUPERVISEUR (Sup.).

TYPE DE SUPERVISION.– Mettre une petite croix(x) après DIRECTE ou INDIRECTE selon le type de supervision effectué. On procèdera de même pour les autres questions de l'en-tête depuis la question «ITINERAIRE PREVU SUIVI» jusqu'à UNIFORME.

Noter que l'A.C. doit toujours avoir dans sa valise son itinéraire réalisé rempli jusqu'à la date de la Supervision ainsi que son formulaire RECRUTEMENT APPRO VISIONNEMENT remplie pour les clients déjà servis.

Le formulaire comporte ensuite vingt-deux (22) lignes identitiées chacune par un numéro inscrit dans un rectangle au début de la ligne. Dans ce rectangle figure également la question formulée. Noter encore une autre innovation : l'orientation suivant la plus grande longueur permettant d'écrire plus facilement en campagne; les réponses pour chaque maison s'inscrivent verticalement les unes au-dessous des autres.

LIGNE 1.– Il s'agit du numéro SNEM.
Ex. EM : 12, EM – 32–H

LIGNE 2.– Toujours s'assurer que l'employé réclame la fiche de visites domiciliaires et la signe avant de laisser la maison. Le superviseur doit ainsi la réclamer et contrôler

le présence de la signature de l'Agent Communautaire ou du superviseur en cas de supervision indirecte. Le superviseur doit aussi signer la dite fiche.

LIGNE 3.– Se réfère à l'état physique des cartes de vaccination. Le superviseur inscrira «B» une carte bien conservée et «M» pour mal conservée – Détails à préciser au dos de la formule, par exemple deux cartes sur cinq mal conservées, et au verso également le superviseur écrira «pas de sachet plastique» quand il n'en trouve pas.

LIGNE 4.– Indiquer le nombre en chiffre : 1, 2, 3 ou 4, etc.

LIGNE 5.– Réponse : non si elle n'est pas enceinte, et la date probable de l'accouchement dans le cas contraire (mois et année).

LIGNE 5.– Compter la grossesse actuelle et toutes les autres y compris avortement et mort-nés.

LIGNE 7.– Inscrire oui ou non – Si c'est non dire pourquoi au verso.

LIGNE 8.– Réponse en chiffre arabe – Se rappeler qu'il ne faut pas compter les consultations pour d'autres grossesses antérieures.

LIGNE 9.– S'il y a un cas de post-partum, inscrire le temps écoulé depuis l'accouchement à domicile (à la maison).

LIGNE 10.– Inscrire «H» pour hôpital, «C» pour centre et «M» pour accouchement à domicile (à la maison).

LIGNE 11.– Réponse oui ou non – Pour l'adresse, indiquer la localité, le numéro EM de la maison et la section rurale, si elle est différente de celle de l'accouchée.

LIGNE 12.– Réponse : oui ou non – et si possible

nombre de jours après accouchement.

LIGNE 13.– Inscrire «S» pour état satisfaisant et «M» pour malade. Dans ce dernier cas, s'assurer que l'A.C donne les conseils adéquats et délivre les coupons appropriés.

LIGNE 14.– Ne pas oublier d'enlever du total les personnes déjà comprises dans le questionnaire (enfant de moins de 6 ans, femmes enceintes, nourrices).

LIGNE 15.– Inscrire «COM» pour complet et «INC» pour incomplet. Dans tous les cas, indiquer au verso les types de particularités; par ex : DTP : 3 doses – POLIO 1ère dose : 26 – 5 – 76.

LIGNE 16 – 17 et 18 – Inscrire :

B Connaissances bonnes
M Connaissances moyennes
N pas de connaissances.

LIGNE 19.– Si aucun coupon n'est délivré, inscrire non – Dans le cas contraire, utiliser les abréviations couramment utilisées pour identifier les coupons délivrés : G. P . F. etc.

LIGNE 20.– Réponse oui ou non – Au verso, le sujet développé : nutrition, utilité vaccination, fréquentation centre, planning, etc.

LIGNE 21.– Utiliser les abréviation, suivantes :

«E» pour Excellente
«B» pour Bonne
«S» " Satisfaisante
«ME» " Médiocre «MA» pour Mauvaise

LIGNE 22.– Cette question suppose que l'employé a déjà reçu une supervision. On y répon-

dra par oui ou par non et si besoin est, on précisera au verso.

LE GUIDE DE SUPERVISION peut être utilisé qu'il s'agisse d'une supervision directe ou d'une supervision indirecte, mais jamais pour les deux types de supervision à la fois. On utilisera un formulaire par localité. Si un même jour on fait deux supervisions, l'une indirecte et l'autre directe, dans une même localité, on doit utiliser deux formulaires distincts.

En cas de supervision indirecte, l'en-tête sera rempli jusqu'à la question «ITINERAIRE PREVU» et il n'est plus nécessaire de considérer la ligne No 7.

En dernier lieu, celui qui donne la supervision apposera son nom, son titre et sa signature au bas du formulaire.

DIVISION D'HYGIENE FAMILIALE
PROJET INTEGRE DE SANTE ET DE POPULATION

GUIDE DE SUPERVISION

AIRE........ ZONE...... SECTEUR....... LOCALITE........

COMMUNE.... SECTION RURALE............. DATE............

EMPLOYES A SUPERVISER..................... TITRE...........

.....................TITRE.........

TYPE DE SUPERVISION: DIRECTE....... INDIRECTE.......

Numéro de la maison	1
Visite domiciliaire signée	2
Etat carte vaccination	3
Enfants moins de 6 ans	4
Mère de famille enceinte présentement	5
Total grossesses	6
Rapport grossesse déjà fait	7
Nombre de consultations prénatales	8
Cas de post-partum	9
Accouchement fait à :	10
Matrone entrainée (oui-non) (adresse au verso)	11
Visite Auxiliaire visiteuse	12
Etat nouveau-né	13
Autres habitants maison (nombre)	14
Vaccins complets ou incomplet *	15
Connaissances sur allaitement	16
Connaissances sur nutrition	17
Connaissances sur nutrition	18
Coupons délivrés	19
Conseils donnés	20
Impression laissée par l'employé	21
L'employé a-t-il amélioré sa technique? *	22

*Détails au verso S.v.p. SUPERVISEUR.........
Veuillez noter No maison et TITRE............
No ligne pour chaque cas SIGNATURE........

CHAPITRE VIII

PLACE DES CONSEILS COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DU PROJET INTEGRE DE SANTE ET DE POPULATION

I. INTRODUCTION

Le projet intégré de santé et de population a axé son action en grande partie sur la participation communautaire. En cela il a suivi la philosophie de travail de la Division d'Hygiène Familiale qui consiste à obtenir l'adhésion de la communauté à ses objectifs, et à faire participer l'ensemble de la population à son action, tout en restant un organisme technique. C'est ainsi qu'il a associé étroitement les conseils communautaires à l'exécution de son programme.

Rappelons que le conseil communautaire est une association d'adultes qui a pour objectif le développement économique, social et culturel des communautés; il est constitué généralement d'un conseil administratif formé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier, d'un secrétaire, de 5 à 11 conseillers, et compte souvent plus d'une cinquantaine de membres. Cette association est censé être l'organe d'expression de tous les habitants de la communauté, dont elle cherche à définir et résoudre certains des problèmes. Selon la philosophie de l'ONAAC (Office National d'Alphabétisation et d'Action Communautaire) chargé de la coordination des conseils communautaires à l'échelle nationale, le conseil communautaire devrait embrasser l'ensemble des aspects de la vie de la communauté, économique, familial, éducatif, récréatif, sanitaire, etc.

Le présent rapport vise à faire ressortir la place qu'occupent les conseils communautaires dans le développement rural et l'apport de ces groupements dans la réalisation du Programme de médecine communautaire. Les données de ces documents sont tirées des contacts périodiques que nous avons eus avec les conseils communautaires des aires du PISP et aussi grâce à une esquisse de bilan des activités de ces conseils que nous avons effectuée au cours du mois de septembre 1977.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici le bilan complet des conseils communautaires évoluant dans le cadre du Projet intégré. ce qui est d'ailleurs impossi-

ble du fait que certains de ces groupements d'action communautaire ne disposent pas d'archives bien tenues. Sans permettre de se prononcer avec précision sur le degré d'auto-suffisance atteint par les conseils communautaires, ce rapport peut donner une idée de la maturité d'organisation de certains groupements et de leurs posibilités de cerner quelques-uns des problèmes communautaires et de travailler à leur trouver une solution.

Soulignons enfin que le PISP n'attribue pas à sa seule action la formation et le degré d'organisation des conseils communautaires de ses aires de travail. Plusieurs autres organismes comme l'ONAAC, le DRIPP (Développement régional intégré de Petit-Goâve et de Petit-Trou de Nippes) sont à la base de la création ou de la restructuration de beaucoup des conseils encadrés par le Projet intégré. Ce que nous voulons, c'est donner une idée de ce que les groupements d'action communautaire, particulièrement les conseils communautaires, représentent comme potentiel dans le cadre du Projet intégré.

II. SITUATION DES CONSEILS COMMUNAUTAIRES A L'ARRIVEE DU PROJET INTEGRE

En février 1975 quand le Projet intégré se fut établi dans le district sanitaire de Petit-Goâve, il n'y avait que trois conseils communautaires dans l'aire de Trou Chouchou, l'un à Cadet, un autre à Guimeney et la troisième à la Madeleine (sur 2ème Plaine). A Grand-Goâve, il y avait un comité de relèvement qui était devenu caduc, et c'est le Projet intégré qui provoqua

la création d'un conseil communautaire tout au début de ses activités. Aux environs de Grand-Goâve, il n'y avait pas encore de conseil communautaire, à l'exception d'un groupement à l'état embryonnaire à Fauché.

Dans la région de Meilleur, existaient trois conseils communautaires, à Meilleur même, à Café–Lompré et à Baudi' ı. Mais chacun de ces groupements travaillait isolément, et ceux de Meilleur et de Café–Lompré se trouvaient en plein conflit. Rappelons que le Conseil de Café–Lompré pensait, – à tort – que celui de Meilleur avait fait établir un centre de santé dans la localité et au début de 1975 avait fait appel au Projet Intégré à l'insu de ses voisins. La rivalité était devenue si forte entre les deux groupements que les principaux membres du conseil de Café–Lompré ont empêché les habitants de leurs zones de se faire soigner au centre de santé de Meilleur et les ont contraints à aller jusqu'à Petit-Goâve, situé à une trentaine de kilomètres, ou à Léogane, qui est presque aussi éloigné.

C'est seulement quatre mois après le début de fonctionnement du PISP, et quelques jours avant la première tournée de vaccination dans la région, que nous avons été informés de cette situation cahotique qui aurait pu entraver la bonne marche du Projet intégré dans la région. Heureusement qu'on a pu amener ces deux conseils à se réconcilier après trois longues séances de discussion juste avant la tournée de vaccination.

Les conseils communautaires ont beaucoup évolué depuis tant en nombre qu'en organisation. Nous prendrons comme exemples à cet égard les conseils situés dans 5ème et 6ème Grande Colline et ceux de la région de Daneau.

III. EVOLUTION DES CONSEILS DE 5ème ET 6 ème GRANDE COLLINE

Les deux conseils de Meilleur et de Café-Lompré arrivèrent non seulement à se réconcilier mais encore ils s'associèrent pour des travaux communautaires et un peu plus tard le conseil de Baudin, qui restait à l'écart de peur de se faire exploiter par ces deux groupements plus avancés, décida de s'adjoindre à eux pour former progressivement une fédération de trois conseils. Cette fédération eut un impact heureux sur la région. Beaucoup de leaders des localités environnantes exprimèrent le désir d'avoir dans leur localité un groupement d'action communautaire qui se rallierait au conseil fédéral. Dans l'espace d'une année, de 1976 à 1977, le nombre des groupements d'action communautaire de la région grimpa à onze, tous réunis au sein du conseil fédéral de 5ème et 6ème Grande Colline. Ces conseils arrivèrent à dépasser les horizons de leur zone respective pour travailler ensemble à l'avancement de toute la région.

Nous avons essayé de les orienter vers des projets régionaux, tels l'organisation d'une pharmacie communautaire, le reboisement, la conservation des sols, etc. Le programme de reboisement et de conservation des sols se poursuit tandis que les deux grands projets routiers conçus par les conseils eux-mêmes sont en pleine activité. Il s'agit de la route Daneau-Meilleur, et du tronçon Chérident à Diny, qui doit raccourcir considérablement le trajet actuel de Fauché à Meilleur. Depuis le mois d'août, environ cinq cent personnes et parfois davantage travaillent chaque samedi sur ces deux tronçons. Ce qui a surtout poussé ces conseils communautaires à se lancer dans l'exécution de ces

travaux routiers, c'est qu'ils veulent échapper à l'isolement dont la région est menacée depuis que les véhicules ont préféré passer par la nouvelle route de Jacmel pour se rendre à Bainet, évitant ainsi le tronçon Fauché-Meilleur qui est long et en mauvais état.

L'enthousiasme avec lequel les membres des conseils de 5ème et 6ème Grande Colline et la population en général travaillent à ces projets routiers témoigne de l'intérêt qu'ils attachent à ces travaux qu'ils ont eux-mêmes décidé de réaliser.

Nous présenterons, dans une section ultérieure, quelques-unes des activités de ces conseils de 5ème et 6ème Grande Colline, ce qui donnera une idée de la maturité atteinte par ces groupements.

IV– EVOLUTION DES CONSEILS COMMUNAUTAIRES DE DANEAU

Au début de l'année 1976, un pasteur baptiste de Grand-Goâve, desservant une église à Norguesse dans la région de Daneau, sollicita notre concours en vue d'organiser un conseil communautaire dans cette zone. Sur invitation de ce pasteur, nous avons tenu une réunion dans cette église en vue d'informer les habitants sur la notion de conseil communautaire, car ce concept était pratiquement inconnu dans la région.

A la fin de la séance, on décida de former un comité provisoire chargé de faire de la propagande en faveur du conseil communautaire. Il était entendu que ce comité provisoire organiserait de temps en temps des mee-

tings en vue de discuter avec les habitants au sujet de la possibilité d'avoir un conseil communautaire dans la zonc. Environ deux mois plus tard, nous nous rendîmes dans la région, et nous avons établi le bilan de ses réalisations, on trouvera qu'il n'est pas très chargé comparativement à celui d'autres conseils. Mais ce qui est frappant ce sont les conditions difficiles dans lesquelles ce conseil fonctionne et les efforts qu'il déploie pour poursuivre les travaux.

Un des résultats concrets du développement communautaire doit être, en effet, un réel changement de mentalité de la population qui est l'objet d'un processus de développement, changement qui doit aboutir à une participation active et consciente au travail de développement. A cet égard, tous les conseils communautaires voisins et la plupart des observateurs qui visitent la région de Daneau reconnaissent que ce conseil a grandement évolué.

RESTRUCTURATION DES CONSEILS COMMUNAUTAIRES ET PROCESSUS DE CREATION DES NOUVEAUX CONSEILS

A. Réactivation des conseils existants

Dès le début du Projet intégré, nous nous sommes penché sur la structuration des conseils communautaires en vue de les aider à mieux s'orienter et à travailler plus efficacement à la solution de leurs problèmes d'ordre communautaire. C'est grâce à des discussions et à des cercles d'études périodiques au cours de certaines réunions que se fit progressivement la formation des membres des conseils.

Ces programmes de formation mettaient en œuvre les principes de base en développement communautaire, à savoir :

1– le respect de la personne humaine;
2. le droit de la population d'exprimer ses besoins;
3– la participation des habitants dans la recherche de solutions à leurs problèmes;
4– la reconnaissance du potentiel de la population, en d'autres termes la nécessité d'aller au rythme de la population et de ne pas vouloir transformer une situation sans tenir compte de la prise de conscience des intéressés et de leurs possibilités;
5– l'éducation active et permanente des habitants.

Les conseils ont été encouragés à exprimer leurs besoins, désirs et projets, à rechercher au niveau de la communauté les moyens capables de satisfaire, au moins en partie, les besoins inventoriés.

Dans la plupart des cas, on expliqua aux conseils comment d'autres groupements d'action communautaire d'autres régions ont pu s'organiser et réaliser avec succès certains projets communautaires. Car il faut parfois orienter certaines populations en leur proposant des modèles. A en juger par la maturité et le dynamisme dont quelques conseils communautaires ont fait montre au fil du temps comme on le verra plus loin, on peut conclure que cette formation sur le tas a été très efficace.

B. Processus de création de nouveaux conseils communautaires.

1. Les principales étapes

– Contact et discussion avec les leaders communautaires
– Cercles d'études sur la notion de conseil communautaire
– Création de comité provisoire
– Election du comité définitif
– Visite périodique du nouveau conseil.

2. Création de sous-conseils par des conseils déjà existants – Et formation progressive de ces sous-conseils par des cercles d'études périodiques

Pour créer un nouveau conseil communautaire, nous commençons généralement par contacter les leaders de la zone pour discuter avec eux au sujet des problèmes de leur région; et à propos des solutions à adopter, nous évoquons les résultats obtenus ailleurs par le moyen du mouvement communautaire. Ces leaders manifestent souvent le désir d'avoir un tel groupement dans leur localité. Nous leur demandons alors d'en discuter avec les habitants de leur zone en leur promettant de venir lancer le groupement avec eux quand nous aurons reçu l'invitation de le faire. Celle-ci faite, nous organisons une ou deux réunions de cercles d'études sur la notion de conseil communautaire. Et à la fin de ces réunions nous arrivons à former un comité provisoire chargé de motiver la population à faire partie du nouveau conseil et à préparer les élections du comité directeur du groupement. Habituellement, 3 à 6 mois s'écoulent entre la période d'animation avant la création du groupement et la période des élections définitives.

De concert avec le comité provisoire nous fixons la date des élections, généralement un mois à l'avance. L'invitation est lancée à quelques leaders institutionnels et à des conseillers communautaires environnants. Et après ces élections nous assistons à quelques réunions du conseil en vue d'orienter efficacement le mouvement.

Mais nous n'avons pu former que deux conseils en obéissant strictement à ce schéma. Il s'agit du conseil de Daneau fondé en juin 1976 et de celui de Diny, en 1977.

De décembre 1975 à l'année 1977 nous avons organisé des cours sur le développement communautaire, le dernier vendredi du mois, à l'intention des collaborateurs et agents communautaires de Trou Chouchou en vue surtout de les amener à susciter la formation de conseils communautaires de l'aire de Trou Chouchou, nous avons eu seulement à prendre part à quelques réunions après la constitution du groupement en vue de l'asseoir sur des bases plus solides; et avons servi de conseiller pour les collaborateurs et agents communautaires pendant la période d'animation précédant la mise sur pied du mouvement.

Un autre procédé pour former des conseils communautaires consiste à inciter les conseils communautaires existants à créer dans leurs régions des sous-conseils. C'est ainsi que les trois conseils communautaires de la région de Meilleur ont donné naissance

chacun à trois sous-conseils, ce qui porte à 12 le nombre de groupements communautaires de cette région.

Mais ce qui a surtout provoqué la création de ces sous-comités, c'est l'impact que les conseils communautaires existants ont exercé sur la région et le désir manifesté par certains leaders d'avoir un groupement d'action communautaire dans leur secteur. Dans certains cas, comme à Troisième Moussambé, c'est le chef de section qui a mis sur pied des groupements et nous a demandé par la suite de les aider à mieux s'organiser.

C. Sur le processus de formation des conseils

L'expérience a révélé, dans le cadre du Projet intégré, que les meilleurs éducateurs en matière de conseils communautaires sont les conseils déjà bien organisés qui servent de modèles aux autres et qui les aident progressivement dans leur développement. Le conseil communautaire de Daneau est remarquable comme éducateur; presque tous les conseils environnants situés parfois à plus de 10 kilomètres reconnaissent qu'ils doivent beaucoup au conseil de Daneau qui leur a servi d'exemple pour mieux s'organiser. Citons les conseils de Colbert près de Fauché, l'Espérance, sur 1ère Tête-à-Bœuf, les conseils de Magandou, de Chérident, de Cornillon, de Corail-Daneau sur 3ème Moussambé.

Au lieu de former plusieurs groupements d'action communautaire presqu'au même moment dans une région donnée, il est peut-être préférable d'en former un seul et de bien l'organiser, car il servira alors de modèle et d'éducateur pour les nouveaux groupements qui émergeront progressivement.

Mais il faut veiller à ne pas susciter de cette manière une structure paternaliste entre les nouveaux conseils et les anciens. Nous avons constaté que les conseils déjà existants ont tendance à considérer les sous-conseils comme inférieurs à eux – situation contre laquelle protestent à juste titre certains sous-conseils. C'est pourquoi nous suggérons souvent aux anciens conseils de considérer les nouveaux conseils comme leurs frères cadets non comme leurs enfants.

VI – COLLABORATION ENTRE LE PROJET INTEGRE ET LES CONSEILS COMMUNAUTAIRES

Les premiers contacts du Projet intégré avec les populations de ses aires de travail ont été grandement facilités par la présence des conseils communautaires.

En effet tout au début des activités du Projet, les cadres professionnels ont été successivement à Grand-Goâve, à Meilleur et à Trou Choushou en vue de présenter le PISP à la population et ce sont les conseils communautaires de ces différentes zones qui ont surtout servi alors d'intermédiaire entre le Projet et les habitants. A Meilleur et a Trou Chouchou les conseils firent un accueil chaleureux aux représentants du Projet et ont engagé le dialogue au nom de toute la population. Ces premiers contacts ont marqué le point de départ d'une collaboration qui s'est développée depuis lors et s'est avérée très efficace par la suite.

Le conseil communautaire de Grand-Goâve, pour sa

part, avait cru comprendre qu'il entrait dans ses attributions de proposer des candidats aux postes des différents niveaux; aussi, lorsque les cadres nommés à l'insu du conseil se sont présentés à Grand-Goâve, les membres de ce conseil se montrèrent-ils fort mécontents; mais ensuite ce conseil a collaboré assez efficacement avec le Projet intégré.

Les conseils communautaires ont grandement contribué à l'amélioration des conditions de santé de leurs communautés, en collaboration avec le PISP. La réussite des tournées d'immunisation où l'Equipe communautaire arriva à vacciner une moyenne de mille personnes par jour est en grande partie due à la diligence des conseils communautaires. Ils peuvent vraiment se glorifier d'avoir réalisé, avec l'appui technique du Projet, la disparition quasi-complète dans leur zone, du tétanos ombilical, de la coqueluche, de la poliomyélite et la prévention de la tuberculose pour les jeunes. Car ils se sont toujours joints aux collaborateurs communautaires pour motiver la population à se rendre aux stations de ralliement pour le contrôle de la santé et l'immunisation. De plus, certains membres des conseils participent activement aux travaux de l'équipe communautaire de santé; d'autres aident au transport du matériel d'une station à une autre. Enfin ce sont souvent des membres de conseils communautaires qui hébergent le personnel de l'équipe communautaire, obligés parfois de séjourner toute une semaine sur le terrain. La réussite des recensements annuels des habitants des aires du Projet est aussi en partie attribuable aux conseils communautaires qui préparent la population à bien recevoir les enquêteurs, et à tenir à portée de la main les documents ou papiers pouvant déterminer l'âge exact des habitants.

En outre, les conseils communautaires ont participé à l'éducation sanitaire de leur communauté, certains membres étant parfois invités à assurer quelques séances d'éducation au cours du passage de l'équipe communautaire de santé, ou encore à provoquer la diffusion à travers leurs communautés de chansons à caractères sanitaire.

Mais un domaine concret dans lequel les conseils ont contribué à l'amélioration des conditions de santé, c'est la campagne qu'ils ont lancée en faveur de la construction de latrines. Les conseils de la région de Meilleur notamment ont déployé de grands efforts dans ce domaine. D'après le premier recensement effectué par le PISP en 1975, sur plus de 3000 maisons, environ 40 %possédaient une latrine; actuellement on estime qu'environ 70 % en sont pourvues. Ces résultats doivent être attribués en grande partie à la propagande orchestrée par les conseils communautaires.

Aussi, les conseils communautaires ont effectué dans différents domaines des travaux qui ont ou peuvent avoir des conséquences heureuses sur les conditions de santé. D'ailleurs, la santé est, selon la définition même de l'OMS, le résultat des conditions du logement, de la nutrition, de l'environnement, etc.

VII – QUELQUES REALISATIONS DES CONSEILS COMMUNAUTAIRES

A– Conseils communautaires de 5ème et 6ème Grande Colline (Aire de Meilleur)

1– Le conseil communautaire de Meilleur

Avant la mise en œuvre du Projet intégré, le conseil communautaire de Meilleur, fondé en 1969, avait déjà à son actif le début d'une construction d'école rurale estimée à plus de 3000 dollars; la construction d'une chapelle en collaboration avec le curé de la région; un captage de source avec le concours de l'ONAAC en 1968; quelques pépinières; et enfin l'entretien de quelques tronçons de la route Trouin – Meilleur. La réalisation de ces travaux était grandement facilitée par le dévouement de quelques leaders avancés, tels un Léostène Midy et le curé d'alors. Mais le conseil en soi n'était pas très bien organisé. On procéda donc à sa restructuration. Progressivement il fut créé au sein du groupement cinq sous-comités : sous-comités agricole, éducatif, vie au foyer, récréatif, sanitaire ; chacun de ces sous-comités fait son rapport d'activités aux différentes réunions du conseil.

Depuis que le PISP fonctionne, il est difficile de faire un bilan séparé des activités du conseil de Meilleur, car quelques-uns des travaux accomplis l'ont été en collaboration avec les autres conseils fédérés de 5ème et 6ème Grande Colline. Il y a quand même lieu de porter à l'actif du conseil de Meilleur le tracé d'environ 10 kilomètres de route et l'entretien périodique de quelques tronçons de la route allant de Trouin à Meilleur; la réalisation de plusieurs pépinières, totalisant plus de trois milles plants de café et d'autres arbres; le nettoyage périodique de trois sources environnantes; la poursuite de la construction de l'école rurale de Meilleur dont le coût total s'élève à environ 4 000 dollars;

la gestion d'une pharmacie communautaire dont l'évolution est assez lente; la réalisation d'environ 150 mètres de murs secs; la construction d'une latrine publique au marché de Meilleur et une campagne intensive en faveur de la construction de latrines privées à travers 5ème Grande Colline; l'achat de deux machines à coudre et la mise en place d'un centre d'économie domestique en collaboration avec le conseil de Café–Lompré. Le centre s'est dissous pendant plus de six mois, mais il a été relancé à Meilleur depuis quelques mois. Il a contribué déjà à la formation d'une cinquantaine de jeunes filles de la région. Enfin, le conseil de Meilleur a réalisé un petit jardin communautaire dont la récolte a été plutôt médiocre en raison de la piètre qualité du terrain.

2.– Le conseil de Baudin

Fondé en 1969, il avait, semble-t-il avant l'arrivée du Projet intégré, réalisé seulement quelques pépinières de café et un captage de source avec l'aide de l'ONAAC. Actuellement, on peut porter à son actif le tracé de plus de dix kilomètres de route à travers différentes localités de 6ème Grande Colline, la préparation d'environ sept-cent-mille (700 000) plants qui ont été distribués à la population; la restructuration du captage de source de Baudin. Le conseil a beaucoup investi dans ces travaux de captage, en plus de cinq cents dollars de don qu'il a reçus pour cette restructuration; il a de plus contribué grandement, en matériaux locaux et en main-d'œuvre, à la construction de l'école congréganiste de Baudin; enfin, il a entrepris la construction d'une latrine publique au marché de Baudin; et comme les autres conseils fédérés, il participe acti-

vement à la campagne de construction de latrines.

3– Le conseil de Café-Lompré

Il semble qu'avant l'arrivé du Projet intégré, le conseil de Café-Lompré, fondé en 1968, avait déjà réalisé plusieurs pépinières de café; mais ce conseil était plutôt inactif et travaillait en vase clos. Malgré le rapprochement réalisé entre ce conseil et ceux de Meilleur et de toute la région, il faut bien dire que ce groupement n'a pas évolué au même rythme que les autres de la région. Cependant de 1975 à 1978, il a réalisé environ six pépinières de café de plusieurs milliers de plants, environ trois cents mètres de murs secs; il contrôle cinq centres d'alphabétisation, il a établi un jardin communautaire sur quatre centièmes de carreau de terre, effectué le nettoyage périodique de quatre sources d'eau potable et réalisé le tracé d'environ 2 kilomètres de route; il participe à la campagne de construction de latrines.

4– Le conseil communautaire de Ca Hesse

Fondé en janvier 1977, il compte à son actif la réalisation d'environ quatre kilomètres de route carrossable; quatre cents (400) mètres de murs secs environ; la distribution d'environ quatre mille caféiers; le nettoyage périodique de deux sources; la direction de deux écoles d'alphabétisation avec l'encadrement de L'ONAAC; depuis environ six mois, il contrôle un centre d'économie domestique d'environ treize élèves, réalisé avec l'aide de l'Eglise baptiste, ainsi qu'un jardin communautaire, et anime la campagne de construction de latrines.

5– Le conseil communautaire de Lapasse

Fondé en décembre. 1976, il a effectué environ 2 kilomètres de route entre Meilleur et Lapasse; près de 200 mètres de murs secs; la plantation d'un millier de plants de café et d'autres arbres; l'entretien périodique de deux sources; il contrôle une école presbytérale de l'Eglise baptiste; participe à la construction d'une trentaine de latrines dans Lapasse et les environs, et a réalisé un jardin communautaire.

6 – Autres Conseils de 5ème et 6ème Grande Colline

Les autres conseils de 5ème et 6ème Grande Colline : Viala, Pilard, David, Nan Roy et Claverie, fondée en 1977, ont à peu près les même activités que les conseils cités plus haut; mais nous n'avons pas eu le temps de faire le bilan de leurs réalisations.

Des travaux de campagne en faveur de la construction des latrines, du reboisement, de la construction de murs secs; et l'encadrement des trente-deux centres d'alphabétisation de la région sont considérés comme des travaux du conseil fédéral que chaque groupement effectue dans son rayon d'action spécifique. Mais la principale activité à laquelle s'adonnent les conseils fédérés c'est le tracé des travaux routiers. Actuellement ils travaillent chaque samedi au tracé de deux tronçons régionaux : ceux de Diny – Meilleur et de Daneau – Meilleur. Certains jours plus de cinq cents personnes participent à ces travaux routiers; c'est dire l'importance qu'à juste titre la population y attache.

B– Réalisation des conseils de la région de Daneau

Le conseil communautaire de Daneau fondé en juin 1976 a contribué au tracé et à l'entretien périodique de la route Saline – Daneau longue de 8 kilomètres environ; il a obtenu du Service chrétien d'Haiti une cantine scolaire pour l'école de Daneau. Cette cantine répondra à un besoin pressant.. «La région a été durement frappée par la sécheresse en 1976, qui endommagea gravement les plantations et anéantit pratiquement les récoltes de denrées alimentaires, particulièrement de maïs et de petit-mil, sans compter les animaux domestiques (bœufs, chevaux qui moururent de faim). La disette dans la zone se fit sentir par la baisse du taux d'enfants normaux (N) de 33 % en juillet 75 à 31 en décembre 76, ce taux a continué à baisser pour atteindre le chiffre de 23 % en mars 77.

En janvier 77, le Projet intégré décida de distribuer du lait fortifié à tous les enfants de la région âgés de 0 à 4 ans, toutes les familles ayant été sinistrées par la sécheresse (projet de supplément alimentaire dans la zone V de l'aire de Grand-Goâve).

On comprend alors l'importance des démarches du conseil communautaire de Daneau en vue d'avoir une cantine scolaire dans la zone; cantine qui est administrée par le directeur de l'école et un comité des membres du conseil.

La principale activité du conseil de Daneau réside dans le forage, pendant plus d'un an, d'une source située à Magandou à environ trois kilomètres de Daneau, puis le captage de cette source et son entretien.

Quand on se rappelle la disette qui frappait cette zone en 76, on ne peut qu'admirer le courage de ces habitants qui conçurent et réalisèrent le projet de travailler presque chaque samedi tantôt au forage de la source, tantôt à l'entretien de la route. D'autant plus que d'autres conseils formés par la suite dans la région, et modelés sur celui de Daneau, montrèrent la même ardeur dans les travaux communautaires. L'année 1978 a été plus clémente que les deux précédentes, mais les conseils ont continué à travailler avec le même acharnement, la même ténacité, et à consentir des sacrifices énormes dans différents domaines, toujours dans le but de venir en aide à leur communauté.

Le tableau 1, sur la page suivante, est une preuve éloquente de la vigueur de ces conseils, particulièrement de celui de Daneau, et de leur volonté d'améliorer les conditions de vie.

Sous la rubrique main-d'œuvre nous considérons les membres des conseils qui ont fourni des journées de travaux communautaires et avons estimé chaque journée de travail homme à 2 gourdes. Sur cette base nous avons trouvé que le conseil de Daneau a investi en main-d'œuvre depuis sa fondation 4 474 gourdes. Ces travaux sont souvent accompagnés de dépenses consistant généralement en nourriture et en boisson fournis par quelques membres : certains jours un tel apporte une douzaine de biscuits, un autre apporte un pot de café, celui-là, quelques litres de clairin; d'autres cotisent enfin pour préparer à manger aux travailleurs.

C'est ainsi que les dépenses pour travaux communautaires du conseil de Daneau s'élèvent à Gdes : 1015,25. Ce conseil a institué l'heureuse initiative de secourir fi-

nancièrement quelques membres se trouvant dans des besoins pressants d'argent. Par exemple, le membre du conseil qui a un proche parent mort ou gravement malade ou bien qui marie un de ses enfants reçoit généralement une enveloppe du conseil totalisant la cotisation des membres, soit de 50 à 150 gdes. Dans le tableau, ces dépenses apparaissent sous la rubrique sécurité sociale. On pourra se référer aux conditions économiques de la région de Daneau esquissées plus haut pour comprendre l'importance de ces marques de générosité et l'esprit de fraternité qui anime les membres de ce conseil. (Voir tableau 2 : dépenses pour sécurité sociale du conseil de Daneau).

TABLEAU I

ESQUISSE DE L'APPORT DES CONSEILS DE DANEAU,
DE MAGANDOU, DE CORAIL-DANEAU ET DE LOMBRETTE A LEURS COMMUNAUTES RESPECTIVES

	DATE DE FONDATION	TRAVAUX COMMUNAUTAIRES		SECURITE SOCIALE	FRAIS DE FONCTIONNEMENT	DEPENSES POUR FETE PATRONALES ET FETES DU CONSEIL	AUTRES DEPENSES POUR VISITEURS	EN CAISSE	TOTAL
		MAIN-D'OEUVRE	DEPENSES						
DANEAU	3-6-76	¢4474	¢1015,25	¢904,35	¢319,05	¢818,60	¢229,60	¢2 435,80	¢10196,65
MAGANDOU	20-1-77	1166	143,50	-	67,40	-	23	574	1973,90
CORAIL-DANEAU	2-10-77	1264	243,20	100	50		35	582,40	2274,60
LOMBRETTE	3-5-78	368	41	-	1,25	30,60	17	310	767,85

Le conseil de Daneau fondé en 1976 a fêté en deux fois son anniversaire qu'il fait coincider avec la fête patronale de la zone. A ces deux occasions la Division d'Hygiène Familiale a envoyé sur demande du conseil. une délégation pour organiser un meeting de masse et également une séance de cinema, et le conseil de Daneau a invité tous les conseils avoisinants à fêter avec lui. Les dépenses pour la fête du conseil s'élèvent pour deux ans à Gdes: 818.60 environ, cet argent sert à recevoir les invités de marques et les conseils environnants; de plus, une centaine de gourdes passent dans la réparation et l'embellissement de l'église. Cet argent n'est pas tiré de la caisse du conseil, mais vient plutôt des cotisations faites pour la préparation de la fête; nous avons trouvé que le conseil de Daneau a dépensé en plus Gdes: 229,60 pour différents visiteurs depuis sa fondation.

Ces visiteurs sont surtout des techniciens qui ont travaillé avec le conseil, tels l'ingénieur du Service chrétien, le sociologue du Projet intégré, des techniciens en conservation du sol, etc.

On notera enfin que le conseil de Daneau après deux ans d'existence a en caisse et à la banque : Gdes : 2 435,80; à quoi il faudrait ajouter les cotisations qui se ramassent actuellement au niveau de la communauté en vue de l'adduction à Daneau de l'eau de la source de Magandou située à trois kilomètres environ. L'ingénieur du Service chrétien promet de soumettre à l'A.I.D. (US–AID) le devis de cette adduction d'eau en vue d'obtenir une aide financière. Le conseil de son côté fait de grands efforts pour réunir environ 1000 dollars pour la réalisation de ces travaux.

TABLEAU 2

CONSEIL COMMUNAUTAIRE LE DANEAU

ASSISTANCE A DES MEMBRES CONFRONTES A CERTAINS PROBLEMES IMPREVUS

(SECURITE SOCIALE AU NIVEAU DU CONSEIL)

DATE	PROBLEMES	DON DU CONSEIL
25 - 1 - 77	Cas de décès	Gdes:54
25 - 4 - 77	=	24,25
5 - 5 - 77	—	50
10 - 8 - 77	—	52
21 - 9 - 77	—	62
18 - 5 - 77	Problème de dette	50
16 -11 - 77	Maladie	17,60
8 -12 - 77	Décès	63
4 - 5 - 77	3 mariages	154
27 - 5 - 78	Décès	53,50
27 - 5 - 78	Mariage	50
12 - 3 - 78	Maladie	17
23 - 7 - 78	Maladie	20
9 - 7 - 78	Maladie	23
27 - 8 - 78	Maladie	13
9 - 8 - 78	Maladie	77
4 - 8 - 78	Décès	39
18 - 9 - 78	Décès	35
19 - 9 - 78	Décès	50
		Gdes:904,35

N.B. Cinq gourdes valent 1 dollar américain, le total équivaut approximativement à $181.

Il est à souhaiter que ce conseil si courageux **trouve** la possibilité de réaliser ce projet d'adduction d'eau qui est le premier projet qu'il a conçu et qui l'a tellement préoccupé jusqu'à présent. La réussite de ce projet peut en effet avoir un grand impact sur les conditions agricoles et d'hygiène de la zone et renforcer la confiance du conseil en lui-même.

Le tableau 3 présente aussi l'esquisse du bilan des efforts d'autres conseils environnants modelés sur celui de Daneau; on pourra analyser les données en tenant compte de la date de fondation de chacun d'eux.

TABLEAU 3

ESQUISSE DU BILAN DES EFFORTS DES CONSEILS DE COLBERT, LAVANGE ET DINY (AUX ENVIRONS DE GRAND-GOAVE, 7ème GERARD)

TRAVAUX COMMUNAUTAIRES

CONSEILS COMMUNAUTAIRES	DATE DE FONDATION	MAIN D'OEUVRE	FRAIS DE DEFENSES	FRAIS DE FONCTIONNEMENT	DON	EN CAISSE	TOTAL
COLBERT	18-11-77	Gdes764	Gdes3 074	Gdes100	¢100	Gdes230	Gdes4 268
LAVANGF	26- 9-78	1 006	116	-	-	450,60	1 572,60
DINY	26- 6-77	884	208,10	-	-	396	1 488,10

Le conseil communautaire de Colbert fondé seulement depuis novembre 1977 a dépensé au total l'équivalent de Gdes 4 268 environ. Une des causes de cette hausse c'est qu'il a entrepris un important projet d'irrigation destiné à arroser près de 250 carreaux de terre; il a effectué un emprunt de six cents dollars pour commencer les travaux; cet argent est rangé sous la rubrique dépense des travaux communautaires; et les membres cotisent entre eux pour s'acheter du clairin et un peu de nourriture pendant les journées de travail; depuis juillet les membres du conseil travaillent chaque jour à ces travaux qui se poursuivront encore durant une quinzaine de jours, jusqu'ici on estime à 764 gourdes la main-d'œuvre investie dans ce projet. C'est grâce à l'encadrement technique de l'I.D.A.I (Institut de Développement Agricole et Industriel) que ces travaux se réalisent.

Le président du conseil de Colbert a plusieurs fois affirmé qu'il doit beaucoup au conseil de Daneau qui lui a montré le chemin à suivre. Doué d'un grand enthousiasme, il a construit de ses propres fonds une maison qui sert de centre d'alphabétisation. Le montant de la construction n'est pas comptabilisé dans ce rapport, car nous en ignorons la valeur exacte, mais il doit être d'environ 700 Gdes. Ce conseil de Colbert que nous avons orienté dans son plan d'action promet beaucoup pour l'avancement de sa zone.

Il existe à Lavange sur la route conduisant à Meilleur, un autre conseil fondé seulement en février 1978, mais qui fait de grand efforts pour le développement de son secteur surtout dans le domaine routier, d'après les rapports qui nous ont été fournis nous avons évalué à Gdes

1 006 la main d'œuvre fournie jusqu'ici par ce groupement, mais nous savons que cette valeur est inférieure à la réalité.

On notera que ce groupement a en caisse Gdes 450,60; alors que le conseil de Diny fondé depuis 1977 n'a en caisse que Gdes 396. Il est vrai que ce dernier groupement a effectué certaines dépenses pour la construction d'une petite école; mais l'impression générale est qu'il manque de dynamisme comparativement à d'autres conseils voisins.

Le conseil communautaire de la ville de Grand-Goâve.

Nous terminerons ce tour d'horizon sur les conseils par la commune de Grand-Goâve, en présentant brièvement le conseil de la ville de Grand-Goâve.

De 1975 à ce jour ce conseil a fait des démarches pour doter l'école nationale de Grand-Goâve d'une cantine scolaire dont le besoin se faisait sentir; il a réalisé conjointement avec le PISP un centre de récupération nutritionnelle qui a aussi servi à l'éducation nutritionnelle d'un grand nombre de femmes de Grand-Goâve; il a effectué l'achat d'un terrain devant construire l'école congréganiste de Grand-Goâve. Ce conseil a ouvert un cours secondaire à Grand-Goâve sur la base d'école communautaire; certains membres du conseil et des notables de la ville cotisent pour compléter l'écolage («frais de scolarité») des élèves, au nombre de 38 environ pour deux classes de 6ème et de 5ème. La plus grande réalisation du conseil est peut-être la création

d'une caisse populaire qui jusqu'en juin 1978 et possède en caisse Gdes 29 509,70. Cette caisse rend de grands services aux familles nécessiteuses de Grand-Goâve.

Le conseil a entrepris depuis quelques mois des projets de grande envergure, notamment la construction d'une école avec le concours du Département de l'Education nationale. Le conseil a pu obtenir qu'un habitant de Grand-Goâve concède ses droits et prétentions sur un hectare de terre de l'Etat qui sert d'emplacement pour cette construction; le conseil s'est engagé à fournir les matériaux locaux à pied d'oeuvre et a contribué en partie à la main d'oeuvre.

Le coût total des travaux est estimé à (U.S 25 000) vingt cinq mille dollars. D'après l'ingénieur responsable de ces travaux, le conseil de Grand-Goâve a déjà fourni environ 1 500 dollars de matériaux. Une bonne partie des fonds déboursés jusqu'ici par le conseil vient d'un don de 2 000 dollars environ fait part des Grand-Goâviens vivant à l'étranger.

Un autre projet en cours de réalisation est l'aménagement d'une ancienne construction abritant provisoirement l'école congréganiste qui fonctionne depuis octobre 1978. Le coût de cet aménagement est estimé à plus de $ 1 500 et le conseil aura à fournir près de la moitié, le reste étant supporté par Mgr. l'Archevêque. Ce local provisoire loge environ 132 élèves.

Citons encore à l'actif du conseil de Grand-Goâve un projet d'électrification de la ville qui est, dit-on, en

voie de réalisation, et enfin un projet d'adduction d'eau potable qui se fait attendre depuis deux ans.

Cet essai de bilan des conseils communautaires de Grand-Goâve ne donne qu'une petite idée de la place que ces groupements peuvent occuper dans le dévelop pement de leur zone. L'ardeur qui anime certains de ces groupements et la soif de progrès qui les caractérise ont peut-être plus de valeur que tous les chiffres accumulés ici.

Précisons qu'il y a d'autres conseils de la commune de Grand-Goâve encadrés par le Projet Intégré qui ne figurent pas dans ce rapport parce que nous n'avons pas eu le temps de recueillir les informations à leur sujet.

D. Conseils communautaires de Trou Chouchou

Avant le PISP, il n'existait à Trou Chouchou que deux (2) conseils communautaires : celui de Cadet et celui de Guimeney. Actuellement le nombre de groupements d'action communautaire s'élève à treize (13). Cette augmentation est due surtout à la présence du Projet intégré et à celle du DRIPP.

1. Réalisations du conseil de Cadet avant le Projet intégré et le DRIPP

A) Construction d'une fontaine à Digoterie. Coût approximatif : Gdes 400; les fonds proviennent surtout des cotisations de Gdes o,50 effectuées à l'échelle de la section.

b) La construction de la chapelle et du presbytère de Trou Chouchou; l'apport du conseil est estimé

à plus de 5.000 gourdes. Le curé de la région a grandement contribué à la réalisation de ces travaux.

c) en 1974 le conseil a commencé le tracé de la route Savane Macaque-Cadet.

Plusieurs personnes, surtout les membres du conseil ont participé à ces travaux une fois par semaine, le vendredi. Mais le nombre des travailleurs a diminué avec le temps. Jusqu'à l'arrivée du DRIPP ce projet de route se réalisait sans aide externe; les habitants y travaillaient avec les moyens du bord. Le DRIPP est venu encadrer le conseil pour la poursuite de ces travaux routiers; un ingénieur a travaillé à la rectification du tracé et un tracteur a passé plus de trois mois à améliorer le travail effectué.

Mais il reste encore beaucoup à faire pour achever entièrement ce tronçon de route. Le DRIPP a commencé à payer les travailleurs et beaucoup de personnes qui n'ont pas eu la chance de recevoir un salaire ont alors cessé de travailler bénévolement.

Le DRIPP a encore réalisé avec le conseil de Cadet une fontaine financée par le P.I.C. (Projet d'initiative communautaire), ainsi qu'une autre fontaine à Digoterie, dans les deux cas en rénumérant les ouvriers, qui ont été la plupart des membres du conseil de Cadet embauchés à tour de rôle. Mais la population a fourni pour ces fontaines quelques matériaux locaux.

Il n'est pas du ressort du Projet intégré de soutenir économiquement les conseils communautaires, mais sur le plan technique son sociologue a grandement contribué à l'orientation du Conseil de Cadet et de la plupart des autres groupements de Trou Chouchou.

2– Le conseil communautaire de Guimeney

Depuis 1965, il existe à Guimeney un groupement qui a participé à la construction de l'école méthodiste de cette localité en 1965 – 1966. Cette construction a été assurée surtout par l'église méthodiste, et la population a fourni les matériaux locaux et a transporté les matériaux importés.

Le groupement a réalisé le tracé de la route Fond Douze-Guimeney estimé à huit kilomètres environ, ces travaux réalisés en quatre mois environ ont été dirigés par un ingénieur du Service chrétien et le Pasteur Marco Dépestre en 1969. Le groupement a contribué à la construction d'une citerne d'eau attenante à l'école de Guimeney, citerne d'une capacité de huit milles gallons construite toujours avec l'aide de l'Eglise méthodiste.

Les conseils de Trou Chouchou s'adonnent en général à des travaux routiers , à la construction de latrines et aussi à des captages de sources réalisés avec l'aide du DRIPP. Le tableau suivant présente une esquisse du bilan de leurs efforts depuis leur fondation. Pour estimer valablement ceux-ci, il faut tenir compte de la date de fondation et aussi de l'assistance reçue du DRIPP. Parmi les groupements aidés par le DRIPP mentionnons ceux de Cadet, de Cocoyer, de Monéry.

Le tableau donne une assez juste idée de la place que ces conseils occupent dans le développement de la section.

Il est à souligner que nous n'avons pas obtenu tous

les renseignements sur le conseil de Savane Jonc qui occuperait peut-être le 5ème ou le 6ème rang si ces données sur les travaux communautaires nous étaient parvenues.

Sur le plan matériel, l'apport du PISP aux réalisations de Trou Chouchou est négligeable comparé à celui du DRIPP (Développement Régional Intégré de Petit-Goâve.

CONCLUSION

Le présent rapport ne constitue pas un bilan complet des activités des conseils communautaires. Certains de ces groupements ne disposent pas d'archives précises nous permettant de relever toutes leurs réalisations. Cependant nous estimons que cette présentation donne une idée suffisante de la place – ô combien importante – qu'occupent les conseils communautaires au sein du Projet intégré.

On remarquera que nous n'avons pas seulement tenu compte de l'apport des conseils dans le domaine sanitaire, mais signalé l'activité globale de ces groupements, car en définitive toutes ces activités servent à améliorer les conditions de vie et à prévenir dans une certaine mesure la maladie. «La santé n'est pas seulement caractérisée par l'absence de maladie, mais par un état complet de bien-être sur les plans physique, mental et communautaire».

Toutefois, pour importante que soit la place occupée par les conseils communautaires dans le cadre du PISP, ils ne sont pas encore arrivés au stade d'assurer la relève dans le domaine de la santé ni d'ailleurs dans le domaine du développement communautaire. Ces groupements constituent un élément essentiel pour l'avancement du monde rural, mais peut-être auront-ils encore longtemps besoin d'être encadrés sur les plans technique et financier.

CONCLUSION GENERALE

Ce volume a présenté dans ses grandes lignes le cheminement suivi par le PISP dans l'élaboration et l'exécution de son plan d'action. L'agencement des différents chapitres qui le composent suggère assez bien les étapes prévues et les obstacles qu'il a fallu affronter et surmonter en cours de route.

Au départ , il était nécessaire d'avoir des informations assez précises sur les zones de travail, telles que leur aspect physique, leur contenu humain et socio-économique, leurs ressources en général et leur mode d'organisation propre. Autant de renseignements qui devaient nous permettre d'élaborer notre système d'approche pour la distribution des services.

Ce système a d'abord bien fonctionné à Trou Chouchou, la population ayant répondu dans une proportion de 90 % à nos invitations. Mais après notre première tournée de vaccination et de contrôle de la santé à Grand-Goâve, une enquête s'est avérée utile en vue de dégager les causes de ce que nous avons considéré comme un échec (à peine 50 % de la population vue) et pour mieux orienter notre mode d'action.

Puisque notre but est l'amélioration de la santé en milieu rural, nous avons conçu un système diminuant l'obstacle que constitue la distance pour certains habi-

tants de nos aires de travail. En même temps, la faible fréquentation des centres de santé par les habitants vivant parfois dans leur voisinage immédiat a retenu toute notre attention et nous avons essayé d'établir les causes de cet état de choses.

Dans l'ensemble, le Projet intégré de santé et de Population a gagné le pari. Il a prouvé qu'il est possible d'assurer la couverture sanitaire totale de la population avec l'addition de moyens peu dispendieux.

Le secret de cette réussite : obtenir la participation active des populations intéressées à la réalisation du programme. Aussi un leader non averti sera-t-il quelque peu surpris de rencontrer dans ce volume des termes se rapportant au développement communautaire et aux groupements communautaires. La participation des conseils communautaires à la réussite du Programme est si importante que nous avons décidé de présenter en fin de volume le rôle joué par les dits conseils communautaires. C'est pour l'avoir bien compris dès le départ que nos difficultés ont toujours été résolues à la satisfaction générale.

Il n'est peut-être pas superflu de rappeler ici que la santé est le résultat d'un certain nombre de données : éducation sanitaire, habitat convenable, nourriture satisfaisante, eau potable, protection efficace contre les maladies contagieuses, accès aux moyens de régulation des naissances, sans parler d'autres facteurs plus directement médicaux de prévention et de traitement des maladies. (1)

(1) Alexandre Dorozynsky : Médecine sans médecins, Plaquette publiée sous le patronage de CRDI en 1975.

SUGGESTIONS

Conformément aux objectifs du Projet intégré de santé et de population, il faut faire en sorte que les intéressés arrivent progressivement à prendre en charge les problèmes sanitaires de leurs zones, et à participer plus activement au changement socio-économique de leur région. Les conseils communautaires et certains leaders commencent à réaliser cet objectif; les projets qu'ils ont conçus doivent être encouragés dans la mesure du possible. Il faut prendre les moyens pour susciter une participation encore plus effective de la population à la solution des problèmes d'ordre communautaire.

C'est pourquoi nous estimons qu'il est extrêmement important que les projets de médecine communautaire s'associent avec l'ONAAC (Office national d'alphabétisation et d'action communautaire) et d'autres institutions gouvernementales ou privées en vue de la formation des moniteurs polyvalents. Ce projet de formation de moniteurs fait penser au rôle de l'agent polyvalent dont Paul Moral donne la définition suivante : «Le paysan qui, après avoir reçu une éducation fondamentale, prendra au sein de la communauté la place d'un véritable moniteur et est chargé en quelque sorte de répandre l'éducation de base à travers le territoire.» (2)

Il serait souhaitable que nos collaborateurs communautaires actuels reçoivent cette formation de moniteur polyvalent. Ce serait peut-être une façon de mieux

(2) Conjonction No 99 : *Le Paysan Haitien, Numéro spécial. Revue Franco-haitienne 1964 page 58.*

les intégrer dans leur région et de les déterminer à y rester. Car grâce à cette formation, ils pourraient mieux s'organiser sur les plans économique et social et en même temps participer plus efficacement à l'amélioration des conditions de vie de leurs zones. Et il convient d'aider les conseils communautaires à bien planifier leur programme d'action. «Improvisé et mal orienté, le travail communautaire peut provoquer le dégoût des populations qui y sont soumises. Il importe d'étudier la valeur objective des travaux entrepris, le degré d'adhésion de la population et la façon dont sont organisés les travaux.» (Père J.L. Lebret)

Les Projets de médecine communautaire doivent chercher à pénétrer de plus en plus à l'intérieur des cadres institutionnels existants en les utilisant comme courroie de transmission des idées sur le plan sanitaire. Il faudrait faire en sorte qu'au terme de ces projets, ces institutions assurent la relève. Il serait bon également que les Projets participent plus directement à l'organisation communautaire en invitant dans la région des organismes ou institutions capables d'aider à l'amélioration des conditions de vie. «L'organisation communautaire a été définie comme le processus de la création d'institutions sociales, officielles et privées, de leur utilisation et de la coordination de leurs activités aux fins du développement communautaire». Par institutions sociales, souligne l'auteur, il faut entendre «les organismes qui se consacrent principalement à la protection sociale et à l'éducation des adultes au sens le plus large». (3)

(3) Jean Rigotard: L'Incertaine Bataille du développement Privat, éditeur 1967, Paris, France

Dans le cadre des projets de médecine communautaire, il faut porter les habitants à produire davantage pour se nourrir convenablement d'autant que la population peut augmenter considérablement à la suite des immunisations et des soins médicaux, en attendant sa stabilisation par un programme bien conduit de planification familiale. Nous pensons qu'il est possible d'accroître rapidement la production agricole en passant progressivement de l'agriculture extensive à l'agriculture intensive. Par exemple, à 5ème et 6ème Grande Colline, nous avons vu que les terres se prêteraient à la culture des plantes potagères, de pommes de terres, etc, moyennant une amélioration des techniques culturales.

Il faut encourager le développement agricole, car «le but majeur du développement rural dans un pays en voie de développement doit consister à obtenir que l'homme ait la pleine maîtrise de la terre, afin d'en tirer le maximum de ressources, dans une plus grande variété de produits; ceci suppose de meilleures connaissances techniques et le désir de les mettre en pratique, l'accroissement des efforts et de plus grands moyens financiers». (4) Le paysan ne peut augmenter suffisamment sa production sans une politique de crédit; mais l'encadrement technique doit précéder l'appui financier. «Le crédit contrôlé est peut-être l'une des meilleures solutions capable d'assimiler l'éducation de base, le développement communautaire et même l'extension agricole. Mais pour être profitable le crédit doit venir au bon moment. L'argent n'a guère d'effica-

(4) Jean Rigotard: *L'Incertaine bataille du développement*
Privat, Editeur 1967 page 142.

cité économique dans un milieu qui n'a pas été préparé à l'employer convenablement : le bon usage des capitaux ne peut venir qu'après le passage du moniteur agricole ou d'un programme d'éducation de base. Et toute politique de prêts et de subvention aux paysans qui ne prend point appui sur une assistance technique conduit presque automatiquement à un échec». (Jean Rigotard)

Est-ce à dire que les Projets de médecine communautaire doivent entreprendre des activités socio-économiques ? Pas nécessairement; mais tout en travaillant à l'amélioration sanitaire, ils doivent encourager dans la mesure du possible le développement économique et social des communautés qu'ils desservent, car en définitive un programme de médecine communautaire doit s'intégrer dans un cadre de développement économique et social global. Sinon un tel programme débouche à long terme sur une catastrophe plus grande peut-être que la maladie en ce sens que la population peut augmenter démesurément comparativement à la production si une prise de conscience de la nécessité de la contraception n'est pas réalisée au niveau des masses.

Ce volume atteindrait en grande partie son but s'il pouvait servir de guide et de source d'inspiration à ceux qui se proposent d'organiser des Projets de médecine communautaire tant en Haiti que dans d'autres régions du monde.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

DOROZYNSKY, Alexandre : *Médecine sans médecins* plaquette publiée sous le patronage de C.R.D.I 1965

DUVALIER, François : *Code Rural* Imprimerie de l'Etat Port-au-Prince, Haiti. 1963

HONORAT, Jean Jacques : *Enquête sur le Développement* Imprimerie centrale, Port-au-Prince, Haiti 1974

MORAL , Paul : *L'Economie de l'Etat* Port-au-Prince, Haiti, 1959

MARS, Jean Price : *Formation ethnique, Flore et culture du peuple haitien* Nivalcin Imprimeur 1939

Nations Unies : *Mission en Haiti* Lake Succès, New York. 1949

MORAL, Paul : *Le Paysan haitien (résumé) — Conjonction* Revue franco-haitienne. Numéro spécial. 1964. 94-99

RIGOTARD, jean : *L'Incertaine bataille du développement Privat Editeur, 1967 Paris, France*

ROAMIN, J.B. : *Quelques moeurs et coutumes des paysans haitiens Imprimerie de l'Etat 1959 Port-au-Prince, Haiti.*

Guide Economique de la République : *Institut Haitien de Statistique et Département des Finances et des Affaires Economiques Décembre 1971.*